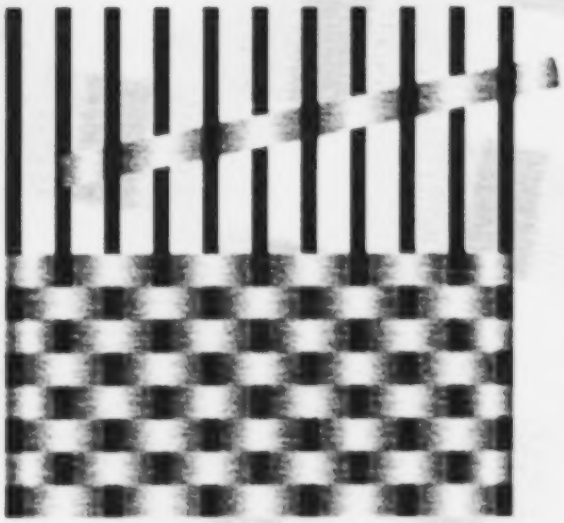
RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

PLAN DE CONSOLIDATION
1999-2002

Une vision d'amélioration continue

Pour un réseau



tissé serré

- Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.
- L'appellation région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec désigne les deux régions administratives 04 et 17.
- Le plan de transformation tel qu'adopté le 1er mai 1996 réfère au document intitulé *La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie - Bois-Francs : décisions 1996.*

Conception et mise en page
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec (04/05/99)

Reproduction totale ou partielle autorisée, avec mention de la source.
Document disponible sur le site Web de la Régie régionale
http://www.rrsss04.gouv.qc.ca

Dépôt légal - 2e trimestre 1999
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89340-029-9

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
**DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC**

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

70e assemblée du conseil d'administration
21 avril 1999

Article **CARR-70-04**

Résolution CARR-99-19

**RÉSOLUTION relative à l'adoption du document intitulé
« Le Plan de consolidation 1999-2002 : une vision d'amélioration continue »**

CONSIDÉRANT les responsabilités que la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. chapitre S.4.2) confie à la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec, à l'article 340 et les fonctions particulières qui lui sont dévolues aux articles 343 à 385 inclusivement;

CONSIDÉRANT le plan de transformation triennal 1996-1999 décrit dans le document « La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie-Bois-Francs » et autorisé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le 3 juillet 1996;

CONSIDÉRANT le bilan fait à l'automne 1997 et à l'hiver 1998 de la transformation conduite à ce jour, bilan consigné dans le document intitulé «Suivi des orientations : la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, juin 1998»;

CONSIDÉRANT les orientations ministérielles émises entre juillet 1996 et mars 1999 sur divers volets de l'organisation des services, des programmes clientèles et du fonctionnement du réseau;

CONSIDÉRANT la tenue, du 8 décembre 1998 au 24 février 1999, d'une consultation régionale sur le document « Projet consolidation 1999-2002 : une vision d'amélioration continue » produit par la direction générale de la Régie régionale;

CONSIDÉRANT la large diffusion faite du document de consultation et la réception, par la Régie régionale, de 134 avis écrits, dont un avis pour chacun des onze territoires de CLSC produit conjointement par les partenaires du réseau et intersectoriels;

CONSIDÉRANT la tenue d'audiences publiques les 22, 23 et 24 février 1999, au cours desquelles 30 présentations publiques ont été entendues;

CONSIDÉRANT le rapport de consultation publique diffusé en avril 1999 sur les commentaires et suggestions recueillies par le biais des avis écrits et des audiences publiques;

CONSIDÉRANT l'avis du 14 avril 1999 de la Commission médicale régionale sur le plan de consolidation;

CONSIDÉRANT que le document analysé à la présente assemblée a été largement bonifié suite à la consultation, qu'il apparaît cohérent avec les orientations ministérielles et qu'il s'inscrit en continuité avec le plan de transformation triennal 1996-1999 et avec les actions régionales qui l'ont suivi;

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée, que le document intitulé « Plan de consolidation 1999-2002 : une vision d'amélioration continue » soit adopté et devienne ainsi les recommandations à soumettre sans délai pour approbation à la ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec.

ADOPTÉ À L'UNANIMITÉ

Le Secrétaire,

Michèle Laroche,
Directrice générale

COPIE CONFORME
Fait à Trois-Rivières

Le 22 avril 1999

Remerciements

Le conseil d'administration de la Régie régionale souhaite exprimer sa reconnaissance envers tous ceux et celles qui ont consacré temps et énergie pour s'approprier le projet de consolidation et le bonifier. Ces personnes ont su faire connaître leur point de vue sur les nombreux thèmes abordés. Soyez assurés que ces avis ont été considérés avec attention et qu'ils ont servi à améliorer, de façon significative, le présent plan de consolidation.

De même, les membres du conseil désirent remercier l'équipe de direction et le personnel de la Régie régionale pour le travail accompli dans le cadre de ce projet. Tout au long de ce processus, leur motivation est demeurée tangible et visait à proposer les meilleurs moyens pour réussir à consolider le réseau. À ce titre, leur expertise fut grandement appréciée.

Plus particulièrement, le conseil d'administration désire souligner la contribution soutenue des membres de l'équipe du projet *Consolidation 1999-2002* qui ont mené à bien cette entreprise qui fut successivement sous la supervision de messieurs Jacques Isabelle, Jacques Longval et Jean-Denis Allaire :

- Diane Chiasson
- Martine Fréchette
- Anne-Marie Grenier
- Céline Halikas
- Renée Hamel

À cette équipe s'ajoutent bon nombre de collaborateurs qui ont contribué, pour des périodes déterminées et de manière très intensive, à la réalisation de nombreux mandats rattachés au projet de consolidation tels que :

- la rédaction et la correction des textes;
- l'organisation et le support à la concertation territoriale;
- la lecture et l'analyse des avis écrits;
- l'organisation des audiences;
- les relations de presse;
- la préparation, la conception graphique, la mise en page et la diffusion des documents.

Enfin, que toutes ces personnes qui ont participé de près ou de loin à la concrétisation de cet important projet reçoivent de sincères remerciements et toute la reconnaissance qu'elles méritent.

106-03590/

Pour un réseau tissé serré

Préambule

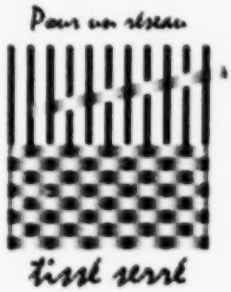
Au cours des trois prochaines années, la Régie régionale s'engage auprès de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec à consolider le réseau de la santé et des services sociaux. Ce processus de consolidation s'inscrit dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services. L'objectif ultime, en faire un *réseau tissé serré*, c'est-à-dire un réseau solide, qui se concerte et dont les multiples composantes s'unissent pour réussir à offrir des services de qualité, continus et accessibles partout sur le territoire.

Un *réseau tissé serré*, c'est un réseau qui se resserre autour des besoins des personnes et que l'on retrouve le plus près possible du milieu de vie. C'est aussi un réseau dont les mailles, très rapprochées, ne laissent pas de vide entre elles et qui, par conséquent, travaille de manière à ne rien laisser échapper. Enfin, c'est un réseau qui peut aujourd'hui tisser sur la base des nouvelles structures mises en place lors de la phase de transformation.

L'ouvrage est donc déjà sur le métier, il faut le poursuivre, l'achever, le consolider. Tous les acteurs concernés par les problématiques de santé et de services sociaux doivent maintenant entrelacer leurs fils autour des structures en place pour en produire une étoffe de qualité.

C'est pourquoi, la Régie régionale interpelle une fois de plus les hommes et les femmes œuvrant au sein du réseau, les partenaires des autres secteurs d'activités et la communauté elle-même pour que tous, au moyen de leurs compétences respectives, apportent leur contribution et unissent leurs efforts autour d'un ouvrage commun dont le seul motif est la santé et le bien-être de la population.

Dès lors, la population pourra profiter des avantages d'un *réseau tissé serré* parce qu'il sera devenu plus fort, mieux intégré. Bref, il sera devenu un réseau consolidé.



Liste des acronymes utilisés dans ce document

CES	Chèque-emploi-service
CH	Centre hospitalier
CHCM	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
CHRTR	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMR	Commission médicale régionale
CRSC	Comité régional de sécurité civile
CSDI	Centre de services en déficience intellectuelle
DRMG	Département régional de médecine générale
ETP	Equivalent temps plein
EXTRA	Programme expérience de travail
GAIVA	Groupe d'analyse de l'impact du virage ambulatoire sur les services en CLSC
MRC	Municipalité régionale de comté
PIJ	Programme d'information jeunesse
PROMU	Plan régional d'organisation des mesures d'urgence
PSBE	Politique de la santé et du bien-être
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RTSSS	Réseau de télécommunications de la santé et des services sociaux
SAPS	Stratégies d'action prioritaires
SICHELD	Système d'information clientèle en hébergement et soins de longue durée
SIIATH	Système d'information intégré des activités transfusionnelles d'hémovigilance
SIRTF	Système d'information ressources de type familial
SOC	Soutien aux organismes communautaires
TED	Trouble envahissant du développement
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Table des matières

Extrait de procès-verbal 3

Remerciements 5

Préambule 7

Liste des acronymes utilisés dans ce document 8

Introduction 11

Partie 1 : LES ORIENTATIONS 15

Les niveaux d'organisation des services 15

Les orientations et les stratégies 18

1.1 Orientation 1 : Agir sur les causes des problèmes en accentuant la promotion et la prévention 19
1.2 Orientation 2 : Rendre accessibles dans chaque territoire tous les services possibles 20
1.3 Orientation 3 : Assurer l'accès rapide et équitable aux services spécialisés et surspécialisés 21
1.4 Orientation 4 : S'assurer que les services soient coordonnés et personnalisés 21
1.5 Orientation 5 : Utiliser les ressources de façon efficace et efficiente 22
1.6 Orientation 6 : Mesurer l'efficience, l'efficacité et les effets des services 24
1.7 Orientation 7 : Adapter la gestion des organisations en misant sur la participation et le développement des personnes 24
1.8 Orientation 8 : Informer adéquatement la population sur les services disponibles 25

Partie 2 : DE NOUVEAUX RÔLES, DE NOUVELLES FAÇONS DE PENSER ET DE NOUVEAUX PARTENARIATS 29

2.1 La participation au développement des commnautés : la lutte à la pauvreté et la mobilisation intersectorielle 29
2.1.1 La lutte à la pauvreté 29
2.1.2 La mobilisation intersectorielle 30
2.2 L'intégration sociale 32
2.3 La santé, le bien-être et les conditions de vie des femmes 33
2.4 Le soutien aux organismes communautaires 34

Partie 3 : LES SERVICES À LA POPULATION 39

3.1 L'affiliation universitaire 39
3.2 Les effectifs médicaux 40
3.3 La santé publique 42
3.4 La santé physique 44
3.4.1 Les services de base en santé physique 45
3.4.2 Les services spécialisés et surspécialisés 47
3.5 La santé mentale 51
3.6 L'enfance, la jeunesse et la famille 52
3.7 L'alcoolisme et la toxicomanie 54
3.8 La déficience physique 55
3.9 La déficience intellectuelle 57
3.10 Les personnes âgées 58
3.11 Les ressources non institutionnelles 60
3.12 L'accès aux services pour les personnes d'expression anglaise 61

Partie 4 : LES RESSOURCES 65

4.1 Les ressources humaines du réseau 65
4.2 Les ressources matérielles 69
4.2.1 Le parc immobilier 69
4.2.2 La gestion des équipements 70
4.2.3 La modernisation du réseau 70
4.3 Les ressources informationnelles 72
4.4 Les ressources financières 75
4.4.1 L'identification des besoins financiers 1999-2002 76
4.4.2 Le retour rapide à l'équilibre budgétaire 78
4.4.3 La création d'un fonds permanent de soutien à l'innovation 78
4.4.4 La gestion de l'enveloppe régionale à partir de quatre enveloppes 79
4.4.5 Le cap sur l'équité intrarégionale et interrégionale 82

Partie 5 : L'ÉVALUATION, L'AMÉLIORATION DES SERVICES ET L'INFORMATION À LA POPULATION 85

5.1 Le monitorage des résultats et l'évaluation 85
5.2 L'amélioration continue de la qualité des services 89
5.3 L'information à la population 92

Partie 6 : LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE CONSOLIDATION 1999-2002 97

Références bibliographiques 99

Annexe : Carte de la région Mauricie et Centre-du-Québec, par territoire de CLSC (population de 1998) 101

Introduction

Le *Plan de consolidation 1999-2002 : une vision d'amélioration continue* constitue un outil de planification stratégique régionale pour les trois prochaines années. Essentiellement, il met de l'avant huit orientations, lesquelles se trouvent accompagnées de stratégies, de grands processus et des principaux moyens s'y rattachant. La perspective de ce plan stratégique en est une de consolidation des services du réseau régional, en directe continuité avec ce que préconisait le plan triennal précédent intitulé *La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie–Bois-Francs : décisions 1996.*

Comme ce fut le cas pour la transformation initiée en 1996, le plan de consolidation poursuit d'abord et avant tout un seul objectif fondamental : le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Telle est la raison d'être de la Régie régionale et du réseau.

Toutefois, l'engagement seul du réseau ne saurait suffire pour apporter de véritables améliorations. C'est pourquoi, dans le plan de consolidation qu'elle met de l'avant, la Régie régionale désire impliquer l'ensemble des acteurs qui ont de l'influence sur le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Ainsi, en plus de rejoindre les administrateurs et les intervenants des établissements du réseau de même que des organismes communautaires, la Régie régionale interpelle les acteurs des autres secteurs d'activités. À ce titre, elle vise à rallier les forces et les contributions autour de ce plan stratégique partagé, suite à l'importante démarche de consultation qui s'est tenue du 8 décembre 1998 au 24 février 1999.

Les raisons d'une consolidation

Le *Plan de consolidation 1999-2002* survient à la suite d'une importante phase de réorganisation des services et des établissements, lancée en mai 1996, avec le plan de transformation. Force est de reconnaître que la transformation du réseau s'est avérée un projet ambitieux, tant par les modifications apportées à la structure des établissements que par le virage pris pour livrer les services à la population. À ce titre, il suffit de rappeler que cette phase de réorganisation a été conduite dans un contexte caractérisé par d'importantes compressions budgétaires, de nombreuses fusions, des modifications significatives dans les approches d'intervention, des départs massifs de personnel à la retraite et une gestion incessante du changement.

De tels changements bouleversent nécessairement les façons de faire et imposent des temps difficiles pour les hommes et les femmes qui œuvrent au sein du réseau. Lors du bilan régional effectué à l'automne 1997 et à l'hiver 1998, les administrateurs, les gestionnaires et le personnel ont exprimé leur essoufflement et leur besoin de stabilité tant au sein de leur organisation interne que dans leurs relations avec les partenaires.

Tous ces facteurs militent en faveur d'un ajustement du rythme de transformation qui ne peut plus être aussi rapide et pressant qu'au cours des trois dernières années.

En revanche, il s'avère tout aussi capital de reconnaître que la transformation a aussi permis d'obtenir des acquis majeurs pour la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Entre autres, il est dorénavant possible d'observer une réduction des écarts dans l'accès aux services entre les territoires de même qu'une meilleure équité en regard de l'allocation des ressources.

Pour la Régie régionale, la fin des grands bouleversements appelle maintenant une réorientation des actions et des énergies vers des objectifs de consolidation. Ainsi, le défi pour 1999-2002 en Mauricie et au Centre-du-Québec s'avère de consolider les services offerts à la population et de renforcer les liens de partenariat et de maillage entre les établissements, de façon à créer un véritable réseau de services intégrés qui, en plus de permettre un meilleur accès à la population, offrira également la garantie d'une plus grande qualité de services.

Mais attention, consolidation ne signifie pas pour autant stagnation ou inaction. Au contraire, bien que les principales préoccupations de la Régie régionale demeurent sensiblement les mêmes depuis 1996, elles doivent néanmoins s'adapter aux besoins changeants de la population et au contexte dans lequel elles évoluent. C'est pourquoi, tout en consolidant les acquis, le plan de consolidation mise également

sur la nécessité de demeurer souple et ouvert pour pouvoir s'adapter aux nouvelles réalités. À ce titre, le *Plan de consolidation 1999-2002* se veut un cadre de référence général plutôt qu'un plan d'action détaillé avec des objectifs de résultats précis et des échéanciers serrés.

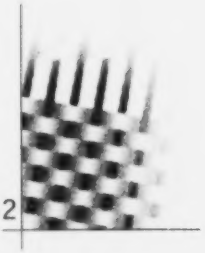
L'adoption du *Plan de consolidation 1999-2002* : l'aboutissement de 18 mois de travail en étroite collaboration avec le réseau

Dès l'automne 1997, la Régie régionale entame un premier bilan suite à l'implantation du plan de transformation de 1996 et ce, grâce à une importante contribution des établissements et des organismes communautaires. Cette opération donne lieu en octobre et novembre à des rencontres régionales et à la publication, en 1998, d'un document intitulé *Suivi des orientations : la transformation du réseau de la santé et des services sociaux*. Ce bilan met en lumière un certain nombre de constats et suggère plusieurs pistes d'amélioration pour 1999-2002.

Riche des données recueillies à ce jour, la Régie régionale débute la rédaction d'une version préliminaire du projet de consolidation, y intégrant du même coup les nombreuses orientations ministérielles publiées au cours de l'automne 1998. Parallèlement, la Régie régionale tient plusieurs rencontres d'échange sur des thèmes spécifiques avec des établissements et des organismes communautaires de la région, de sorte à bonifier la version en cours.

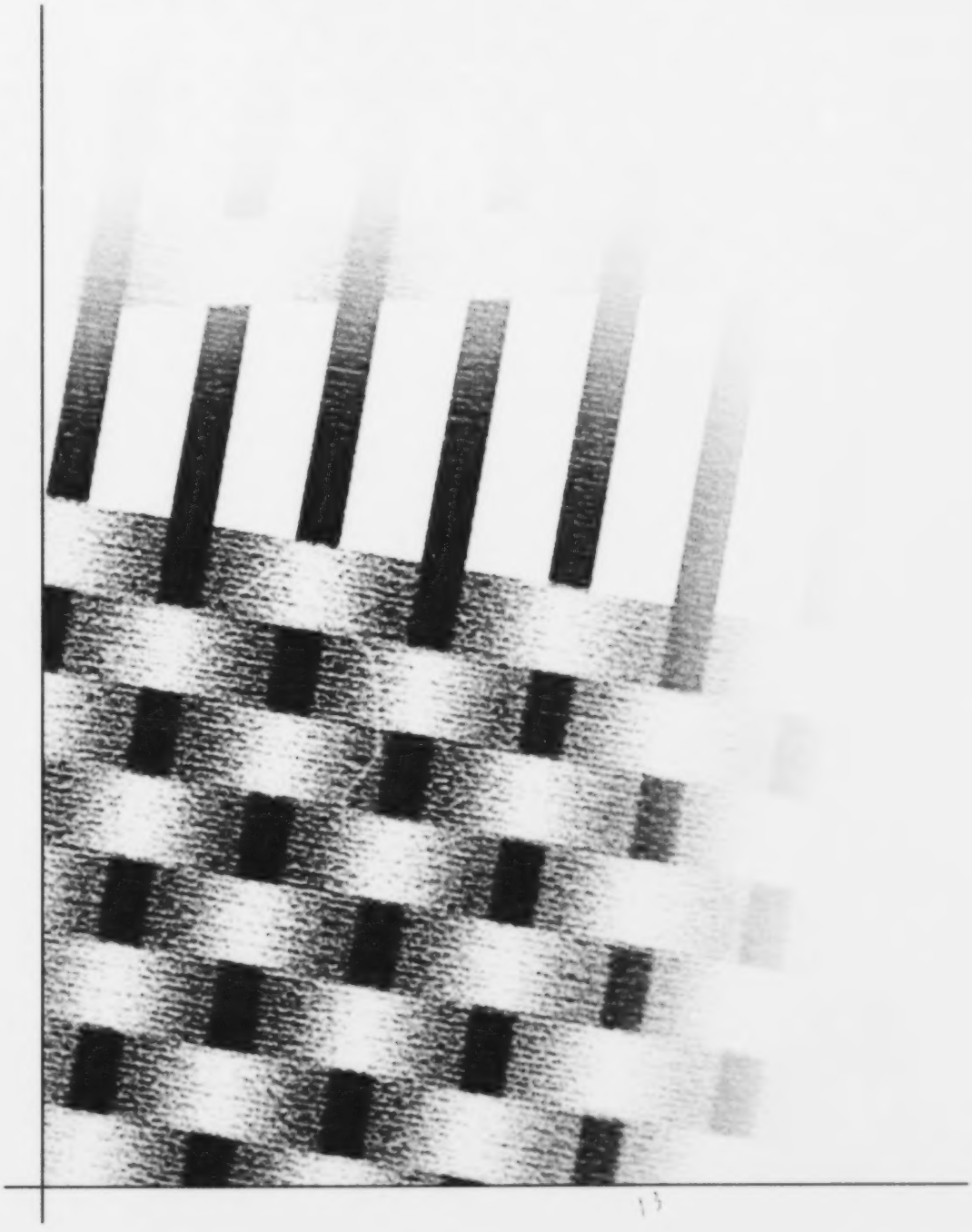
Les 8 et 9 décembre 1998, la Régie régionale procède au lancement du *projet Consolidation 1999-2002* et s'amorce ainsi la démarche de consultation prévue jusqu'au 24 février 1999. Au cours de ces dix semaines, les établissements de même que les organismes du réseau et hors réseau, dont chacun des onze territoires de concertation de la région, se prononcent sur le projet par le biais de 134 avis écrits et de 30 présentations en audiences publiques.

Le présent *Plan de consolidation 1999-2002* se révèle donc être l'aboutissement d'un long processus. Un plan où cohérence et continuité demeurent les mots d'ordre pour poursuivre les actions menées depuis 1996. Enfin, il s'avère dès lors possible d'affirmer que le plan de consolidation constitue un cadre d'action largement partagé par les acteurs de la Mauricie et du Centre-du-Québec et que ceux-ci s'y reconnaîtront. C'est là une condition essentielle pour assurer la mise en oeuvre harmonieuse et efficace du plan pour les trois prochaines années et réussir à consolider le réseau pour en faire un réseau tissé serré.



Partie 1

LES ORIENTATIONS



LES ORIENTATIONS

Avant d'aborder les huit orientations qui guideront les actions futures, un préalable s'impose, soit celui de définir les niveaux d'organisation des services mis de l'avant dans le cadre du *Plan de consolidation 1999-2002* par rapport à ceux retenus en 1996. Ainsi, dans le plan de transformation, il était question de quatre niveaux d'organisation des services : local, sous-régional, régional et national.

Dans le *Plan de consolidation 1999-2002*, seulement trois niveaux d'organisation et d'accès aux services sont préconisés pour la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec, soit les paliers territoriaux ou locaux, régional et national. Ce choix est fait en cohérence avec les orientations ministérielles apparaissant dans le document *Les services à la population 1998-1999 à 2000-2001*, publié à l'automne 1998.

Le palier sous-régional, qui existait principalement pour identifier le bassin de desserte des centres hospitaliers, est remplacé par une responsabilité conjointe et solidaire de ces établissements envers toute la population de la région. La notion de palier sous-régional a été retirée principalement pour assurer une cohérence des orientations avec celles du Ministère, parce qu'il s'agit d'une notion instable et inégale selon les programmes clientèles et qui ne correspond à aucun découpage officiel au Québec. La Régie régionale reconnaît toutefois que, dans les faits, il existe des bassins naturels d'attraction des centres hospitaliers dont il faut tenir compte.

Les niveaux d'organisation des services

Le découpage sociosanitaire de la région

Le Québec est découpé géographiquement en régions et en territoires pour diverses fins. Il y a les régions administratives, les territoires de municipalité régionale de comté (MRC), les territoires de commission scolaire, les comtés, etc. D'un secteur à l'autre, ces découpages ne sont pas concordants entre eux. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a son propre découpage géographique du Québec, constitué de deux niveaux : les régions et les territoires sociosanitaires.

Ainsi, le Québec compte sur la présence de 18 régions sociosanitaires. Bien que le Centre-du-Québec et la Mauricie constituent deux régions administratives dans d'autres secteurs d'activités, ils ne forment qu'une seule et même région sociosanitaire aux fins de la planification, de l'organisation et de la coordination des services de santé et des services sociaux. À ce titre, la Mauricie et le Centre-du-Québec forment la région 04.

Par ailleurs, le Ministère découpe géographiquement le Québec en 169 territoires sociosanitaires correspondant aux territoires des 169 centres locaux de services communautaires (CLSC) qui existaient avant les fusions et intégrations administratives des dernières années. En effet, 150 établissements de type CLSC desservent actuellement ces 169 territoires sociosanitaires. Cette subdivision en 169 territoires sociosanitaires est surtout utilisée pour les fins de traitement et d'analyse des données sociosanitaires (données démographiques, de mortalité, de morbidité, etc.).

En Mauricie et au Centre-du-Québec, il y a douze territoires sociosanitaires désormais desservis par onze CLSC. Le CLSC Vallée de la Batiscan couvre les territoires sociosanitaires Des Chenaux et Mékinac. Les dix autres CLSC desservent chacun un territoire sociosanitaire.

Ces nuances étant faites, il faut comprendre que depuis la constitution du CLSC Vallée de la Batiscan, la planification, l'organisation et la coordination des services en Mauricie et au Centre-du-Québec sont pensées et mises en œuvre en fonction de l'existence de onze territoires de desserte de CLSC. Conséquemment, la notion de territoire mise de l'avant dans le présent document fait référence exclusivement, et en tout temps, aux onze territoires de desserte des établissements de type CLSC.

Le territoire

Tous les services possibles, requis par la population, doivent être accessibles sur une base locale, c'est-à-dire disponibles ou consommés dans le territoire même du lieu de résidence des citoyens. La Mauricie et le Centre-du-Québec comptent au total onze territoires.

Dans chacun de ces territoires opère un CLSC. C'est l'élément distinctif qui détermine le niveau territorial. Il correspond donc à l'aire de desserte des établissements à mission CLSC. Six des onze CLSC ont également une mission d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Cinq d'entre eux, et plus particulièrement le Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice, cumulent aussi une mission de nature hospitalière. Le tableau 1 illustre les onze territoires et les établissements y correspondant.

Le territoire est le premier niveau d'organisation des services. Les établissements et organismes, tant locaux que régionaux, y offrent des services qui peuvent être de base ou spécialisés. Les CLSC et les CHSLD sont des établissements qui ont un mandat de niveau local.

Les quatre premières orientations du plan de consolidation confirment l'importance cruciale du niveau territorial comme assise de l'organisation des services en Mauricie et au Centre-du-Québec et explicitent de quelle façon la région entend établir une organisation locale forte et intégrée.

La région

Certains services ne peuvent être organisés et offerts sur une base locale pour l'un ou l'autre des trois motifs suivants : la constitution d'une masse critique en termes de réponse efficiente et efficace à des besoins spécifiques de services, la nécessité d'un plateau technologique coûteux, le recours à une main-d'œuvre spécialisée et rare qui a avantage à être regroupée pour le maintien et le développement de cette expertise. Dans de tels cas, ces services sont plutôt accessibles dans des sites desservant la population de plusieurs territoires de CLSC ou encore, desservant la population de l'ensemble de la région. Dans une situation comme dans l'autre, les établissements qui offrent ces services sont considérés comme ayant un mandat général de niveau régional. Il s'agit soit d'établissements à vocation régionale, soit de centres hospitaliers qui partagent conjointement la responsabilité régionale de l'organisation de services spécialisés de santé physique et de santé mentale.

Les établissements à vocation régionale sont les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le Centre de réadaptation InterVal, le Centre Domrémy Mauricie/ Centre-du-Québec, le Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie et Centre-du-Québec (CSDI) de même que le Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie pour le volet santé mentale.

Ces établissements offrent des services spécialisés et la Régie régionale reconnaît leur expertise respective dans chacun des programmes clientèles dans lesquels ils occupent une place prépondérante, mais non exclusive. Ils ont le devoir d'être à la fine pointe et aussi la responsabilité de partager et de diffuser la connaissance et d'investir dans les activités de formation, de consultation et de support auprès de leurs différents partenaires.

La région compte également quatre centres hospitaliers. Ce sont le Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie, le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska et l'Hôpital Sainte-Croix. Ces établissements ne sont pas de niveau local, mais plutôt de niveau régional. En effet, la Régie régionale leur confie la responsabilité conjointe de répondre de façon intégrée, à la manière d'un consortium, aux besoins de toute la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec et ce, avec l'apport du Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice, qui est un établissement de niveau local opérant des services hospitaliers. Cette responsabilité conjointe, en matière de services spécialisés de santé physique et de santé mentale, interpelle aussi les médecins qui oeuvrent dans ces centres. Elle doit s'exercer en tenant compte du bassin d'attraction de chacun des établissements en cause ainsi que de la prise en charge par le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières de mandats régionaux spécifiques dans certaines spécialités et surspécialités de pointe, dont la néphrologie, la neurochirurgie, la résonance magnétique et la cancérologie. De plus, l'exercice de cette responsabilité conjointe doit se faire en considérant la contribution des établissements suivants qui ont conservé, suite à la transformation de 1996, certains services de type hospitalier, dont particulièrement des civières d'observation, des lits d'hospitalisation de courte durée en médecine familiale et en gériatrie et certaines cliniques externes spécialisées. Il s'agit du CHSLD du Centre Mauricie (Site Grand-Mère), du Regroupement Cloutier-du Rivage, du Regroupement de la santé et des services sociaux de la MRC de Maskinongé et du Complexe Santé et Services Sociaux Nicolet-Yamaska.

Les établissements à vocation régionale et les quatre centres hospitaliers ont la responsabilité de :

- Rendre leurs services spécialisés et surspécialisés accessibles de façon équitable à la population de tous les territoires et d'affecter leurs ressources en conséquence, lorsque nécessaire.

Tableau 1 : **Liste des établissements par territoire**

Territoires	CLSC (Centres locaux de services communautaires)	Centres hospitaliers	CHSLD (Centres d'hébergement et de soins de longue durée)	Centres de réadaptation
Haut-Saint-Maurice	Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice			
Mékinac-Des Chenaux	CLSC Vallée de la Batiscan		CHSLD Regroupement Mékinac-Des Chenaux	
Centre-de-la-Mauricie	CLSC du Centre-de-la-Mauricie	CH du Centre-de-la-Mauricie	CHSLD du Centre Mauricie Centre d'accueil Les Chutes (privé-conventionné)	
Du Rivage	Regroupement Cloutier-du Rivage			
Les Forges	CLSC Les Forges	CH régional de Trois-Rivières	CHSLD LeTrifluvien	
Valentine-Lupien	Regroupement de la santé et des services sociaux de la MRC de Maskinongé			
Nicolet-Yamaska	Complexe Santé et Services Sociaux Nicolet-Yamaska			
Les blés d'or	CLSC-CHSLD Les blés d'or			
Suzor-Coté	CLSC Suzor-Coté	CH Hôtel-Dieu d'Arthabaska	CHSLD de la MRC d'Arthabaska Foyer Saints-Anges (privé-conventionné)	
Drummond	CLSC Drummond	Hôpital Sainte-Croix	CHSLD Coeur-du-Québec	
De l'Érable	CLSC-CHSLD de l'Érable		Hôpital Saint-Julien	
Régional				Centre de réadaptation InterVal; Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec; Domrémy Mauricie/ Centre-du-Québec; les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

- Déployer leurs services sur une base locale, lorsque cela est possible.
- S'associer aux établissements et organismes de chaque territoire pour coordonner leurs actions et assurer à la population un accès à la gamme la plus complète possible de services.
- Appuyer les partenaires locaux, entre autres, par leur expertise spécialisée.
- Coordonner leurs services avec les autres établissements à mandat régional, particulièrement pour garantir une réponse adéquate aux personnes vivant plusieurs problématiques.
- Établir formellement les ententes de services nécessaires avec les partenaires locaux, régionaux et nationaux.

De plus, ils se doivent de développer davantage leur expertise pour faire face à l'émergence de problématiques nouvelles et pour assumer une plus grande prise en charge et une meilleure autonomie régionale. Dans ce même ordre d'idée, les énergies à déployer pour habiliter leurs partenaires devraient, en plus de viser l'accroissement de la qualité des services, permettre que certaines activités puissent être assumées à moyen terme par les établissements locaux. En fait, il est question ici de l'évolution même des services spécialisés au fil du temps. Ainsi, il y a des services pour lesquels la main-d'œuvre spécialisée se fait de moins en moins rare et n'a plus avantage à être regroupée (ex. : interventions de groupe en matière d'abus sexuels) ou encore à des services pour lesquels la masse critique augmente ou la technologie devient moins coûteuse et plus accessible. Afin de jouer pleinement leurs rôles, ces établissements sont donc appelés à délaisser certaines activités au fur et à mesure de cette évolution, pour investir les ressources ainsi dégagées dans la spécialisation de leurs services à l'égard de problématiques spécifiques ou en émergence.

Ils sont aussi conviés à investir encore davantage dans le développement des connaissances. Leur implication dans la recherche mérite d'être encouragée et leur volonté de s'associer de près au monde de l'enseignement et de la recherche doit être appuyée.

Ce rapprochement doit pouvoir se réaliser formellement par des ententes avec des groupes de recherche et par le développement d'affiliations universitaires.

Pour sa part, la Régie régionale s'engage à développer, avec ces établissements, des rapports plus étroits et mieux soutenus. Elle compte saisir les opportunités de mise à contribution de leur expertise dans la conduite de différents travaux régionaux sous sa responsabilité.

La province

La population de la Mauricie et du Centre-du-Québec doit recourir à des établissements de niveau national pour certains services spécialisés et surspécialisés non disponibles en région. Ces services sont généralement dispensés par des centres universitaires.

La Régie régionale s'attend à une collaboration de la part des régies et des établissements des autres régions qui offrent ces services. La Régie régionale entend faire preuve de vigilance pour que fonctionnent efficacement les mécanismes de référence et d'accueil assurant un accès équitable aux usagers de la Mauricie et du Centre-du-Québec et prenant en considération le niveau d'urgence de chaque situation.

De plus, tout comme en radio-oncologie, la Régie régionale entend explorer, en collaboration avec les établissements de la région et le Ministère, la possibilité de voir certains autres services surspécialisés être dispensés au plan régional plutôt que national.

Les orientations et les stratégies

Lors du bilan réalisé à l'automne 1997 et à l'hiver 1998, de manière générale, les orientations du plan de transformation de 1996 n'ont pas été remises en cause. Celles préconisées dans le *Plan de consolidation 1999-2002* s'en inspirent donc fortement. Cependant, ces orientations prennent, en 1999, un sens nouveau influencé par l'environnement actuel du réseau de la santé et des services sociaux.

Le plan de consolidation propose donc huit orientations pour les trois prochaines années.

Orientation 1 : Agir sur les causes des problèmes en accentuant la promotion et la prévention.

Orientation 2 : Rendre accessibles dans chaque territoire tous les services possibles.

Orientation 3 : Assurer l'accès rapide et équitable aux services spécialisés et surspécialisés.

Orientation 4 : S'assurer que les services soient coordonnés et personnalisés.

Orientation 5 : Utiliser les ressources de façon efficace et efficiente.

Orientation 6 : *Mesurer l'efficience*, l'efficacité et les effets des services.

Orientation 7 : Adapter la gestion des organisations en misant sur la participation et le développement des personnes.

Orientation 8 : Informer adéquatement la population des services disponibles.

Dans cette section sont définies sommairement les huit orientations sur lesquelles s'est construit l'ensemble du plan de consolidation.

1.1 Orientation 1
Agir sur les causes des problèmes en accentuant la promotion et la prévention

La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie–Bois-Francs : décisions 1996 annonçait un virage promotion/prévention. Le *Plan de consolidation 1999-2002* vient confirmer l'importance de ce virage. L'approche préconisée est d'accentuer l'action sur les causes des problèmes sociaux et de santé afin d'éviter ou de retarder leur apparition. Cette approche s'inscrit dans la continuité de la *Politique de la santé et du bien-être (PSBE)*, des *Priorités nationales de santé publique*, des *Stratégies d'action prioritaires 1995-2001* et des démarches nationales pour la révision de la *Loi sur la protection de la santé publique* et la mise en place d'un programme national de santé publique.

Agir de la sorte implique une évolution des façons de faire et davantage d'actions sur les déterminants sociaux et économiques, de même que sur les habitudes de vie. Ces actions, particulièrement celles qui contribuent à améliorer les conditions de vie et les milieux de vie, non seulement favorisent la réduction de la pauvreté, mais permettent aussi les gains les plus significatifs pour la santé des individus et des communautés. Il apparaît pertinent de souligner à ce propos l'importance du rôle exercé en ce domaine depuis plusieurs années par les organismes communautaires.

Ce virage vers la promotion et la prévention exige que plusieurs partenaires, autant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de santé et des services sociaux, mettent l'épaule à la roue. Pour poursuivre la mise en œuvre de cette première orientation, la Régie régionale met donc de l'avant, au cours des prochaines années, les cinq stratégies suivantes :

- Consolider le financement en promotion et prévention

  La Régie régionale considère que, dans l'ensemble de l'enveloppe budgétaire régionale, l'atteinte d'un per capita de 70 $ d'ici six ans constitue une perspective souhaitable et réaliste quant aux investissements à consacrer aux activités de promotion, de prévention et de protection. Ce montant traduit clairement la volonté de la Régie régionale d'accentuer la prévention et la promotion de la santé. En 1998-1999, les ressources consacrées à des activités de promotion, prévention et protection étaient estimées à 19 M$, ce qui représente un per capita de 38,50 $, soit environ 3,28 % de l'enveloppe régionale. Les propositions du plan de consolidation auront pour effet de porter les investissements à 35 M$, soit environ 6 % de l'enveloppe budgétaire actuelle. Conformément aux stratégies financières du plan, la Régie régionale entend combler la moitié de cet écart, soit 8 M$ au cours des trois prochaines années ou dans un délai plus court. Le financement additionnel requis proviendra essentiellement des ressources additionnelles obtenues du Ministère dans le cadre des priorités régionales et nationales.

  Ces montants consolideront l'ensemble des activités, tant au palier local que régional, permettant de protéger et de promouvoir la santé de la population et de prévenir efficacement les problèmes sociaux et de santé.

- Convenir des services à mettre en place dans chaque territoire

  Dans les trois prochaines années, la Régie régionale compte :

  - Mener des travaux en lien étroit avec les partenaires, notamment les CLSC, afin de définir les planchers de services et les marges de manœuvre territoriales compris à l'intérieur de cet objectif de 70 $ per capita. Pour définir les interventions à inclure à l'intérieur des actions ou services de prévention et de promotion, la Régie régionale compte s'appuyer sur des documents récents fondés sur des consensus solides de la communauté scientifique. De plus, compte tenu de l'aspect novateur de plusieurs approches, notamment en ce qui concerne la lutte à la pauvreté, le développement des communautés et la mobilisation intersectorielle, des processus d'évaluation appropriés sont prévus.

- ~ Définir, en concertation avec les partenaires, les mécanismes de reddition de comptes à mettre en place pour assurer la disponibilité, dans chacun des territoires, des planchers de services préalablement définis.

- Soutenir les changements de pratique des ressources humaines sur qui repose le virage promotion/prévention. Pour ce faire, la Régie régionale entend :

  - ~ Offrir aux partenaires du réseau et des autres secteurs un soutien continu de la part des équipes de la Régie régionale, en particulier sur le développement, l'identification et la diffusion des approches et stratégies d'intervention les plus efficaces ou prometteuses et l'organisation des services en promotion et en prévention.

  - ~ Réaliser des travaux visant le partage d'une compréhension commune de la promotion de la santé et de la prévention afin de limiter les ambiguïtés sur ces concepts.

- La Régie régionale entend promouvoir et prioriser les actions et interventions jugées efficaces ou prometteuses, de même que celles qui agissent sur plusieurs facteurs de risque à la santé. À cet effet, elle prévoit mettre en place des mécanismes d'échange d'expertise, aussi bien du régional vers le local (expertise de soutien) que du local vers le régional (expertise de milieu).
- La Régie régionale va exercer une vigilance sur les actions locales et régionales afin d'assurer une cohérence entre elles de même qu'avec celles du national, pour ainsi en maximiser l'efficacité.
- La Régie régionale entend promouvoir auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'importance de la consolidation du financement des organismes communautaires actifs en promotion/prévention.

1.2 Orientation 2
Rendre accessibles dans chaque territoire tous les services possibles

Cette orientation traduit la volonté de rendre les services accessibles localement, c'est-à-dire pouvant être disponibles et consommés dans chacun des onze territoires de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Elle vise à assurer la plus grande autonomie de ces territoires dans la réponse aux besoins de services de leur population.

Tous les services possibles, au-delà même de l'objectif de 85 % fixé en 1996, doivent être accessibles au local, à l'exception de ceux qui sont concentrés à un niveau régional ou national pour l'un des trois motifs précédemment énoncés : soit la constitution d'une masse critique en termes de réponse efficiente et efficace aux besoins de services, soit la nécessité d'un plateau technologique coûteux ou le recours à une main-d'œuvre spécialisée et rare qui a avantage à être regroupée pour le maintien et le développement de son expertise. Conséquemment, la gamme de services accessibles territorialement doit être élargie, principalement pour les services de maintien des personnes dans leur milieu de vie naturel.

Cette orientation se fonde sur les stratégies suivantes :

- Convenir d'une nouvelle logique en matière de responsabilité des services qui repose conjointement sur les établissements et les professionnels de pratique privée, plus particulièrement les médecins. Ces partenaires doivent faire partie intégrante de l'organisation locale des services de façon à optimiser leur contribution à la réponse aux besoins de la population.
- Rendre les établissements responsables de la consommation de services de leur population, peu importe le lieu de cette consommation et revoir en conséquence les stratégies de financement des services et de reddition de comptes.
- S'assurer qu'une partie importante du panier des services de base présent dans chaque territoire soit comparable d'un territoire à l'autre, aussi bien en diversité, en accessibilité qu'en intensité.
- Avec l'implication des partenaires concernés, dont les CLSC, les organismes de défense des droits et le milieu municipal, et en cohérence avec les orientations ministérielles, la Régie régionale entend étudier la contribution des ressources privées aux services à la population, sous l'angle de l'accessibilité, de la qualité et de la continuité des services. La Régie régionale travaillera à mettre en place des mécanismes assurant la qualité des services et des conditions de vie dans les ressources résidentielles privées.

1.3 Orientation 3
Assurer l'accès rapide et équitable aux services spécialisés et surspécialisés

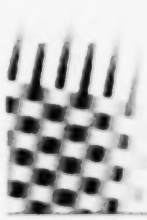
Cette orientation vise à offrir des services spécialisés et surspécialisés dans une proportion qui répond davantage aux besoins exprimés. Elle vise aussi à assurer l'autonomie de la région et éviter l'obligation pour les citoyens de se déplacer vers l'extérieur pour recevoir des soins. Ces services doivent être accessibles dans les territoires ou le plus près possible de ceux-ci, en complément aux services de base.

La mise en œuvre de cette orientation se fonde au cours des prochaines années sur les principales stratégies suivantes :

- Les listes d'attente ou les temps d'attente pour les services spécialisés et surspécialisés doivent être réduits ou éliminés.
- Les quatre centres hospitaliers de la région, le Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice de même que les médecins qui y travaillent ont la responsabilité conjointe de répondre aux besoins de toute la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec, en matière de services spécialisés de santé physique et de santé mentale. De la sorte, il est attendu d'eux qu'ils travaillent en réseau intégré et qu'ils consolident les « corridors de services » entre eux et avec les autres établissements de la région et hors région. Ils sont conjointement imputables de la rétention globale de la population de la région et de la desserte adéquate et comparable de la population demeurant dans les bassins naturels d'attraction de chacun des quatre centres hospitaliers et, en tenant compte de sa situation particulière, du bassin du Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice. Une telle responsabilité conjointe ne vise ni la diminution du nombre de centres hospitaliers, ni la création d'un seul centre hospitalier pour la région, ni la répartition inégale des spécialités de base entre les différents établissements concernés. Enfin, l'exercice de cette responsabilité doit se concrétiser en prenant en considération le maintien, suite à la transformation de 1996, de certains services de type hospitalier dans des établissements en périphérie de Trois-Rivières et au CHSLD du Centre Mauricie.
- Les Centres jeunesse, le CSDI, le Centre de réadaptation InterVal, Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec et le Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie, en ce qui a trait à certains services spécialisés de santé mentale, sont actuellement mandatés pour dispenser des services spécialisés dans toute la région. Ils doivent rendre les services accessibles le plus possible dans les territoires et ce, de façon équitable. Pour l'un ou l'autre des motifs énoncés précédemment (masse critique, plateau technologique coûteux, main-d'œuvre rare et spécialisée), un établissement à vocation régionale peut être autorisé par la Régie régionale à organiser certains services de façon à desservir la population de plusieurs territoires à partir d'un même point de services. Il revient à l'établissement à vocation régionale de faire la démonstration qu'il s'agit du meilleur mode d'organisation des services et d'accessibilité pour les usagers et la population des territoires en cause, tout en considérant sa propre capacité à desservir équitablement toute la région.
- Les établissements sont responsables d'établir formellement entre eux des ententes de services garantissant à la population l'accès équitable aux services régionaux. Des « corridors de services » doivent également avoir été convenus avec les régions universitaires pour les services surspécialisés. Dans un cas comme dans l'autre, la Régie régionale fait le monitorage systématique des ententes intervenues et maintient son rôle par rapport à l'approbation des mécanismes d'accès. Elle assume au besoin un rôle d'arbitrage. Enfin, elle veille particulièrement à l'établissement d'ententes interrégionales assurant l'accès adéquat de la population de la région aux services suprarégionaux dispensés dans les régions de l'Estrie, de Montréal-Centre et de Québec.
- Des normes et des indicateurs convenus conjointement entre la Régie régionale et les établissements doivent être développés afin de mesurer et de suivre l'accès rapide et équitable aux services.

1.4 Orientation 4
S'assurer que les services soient coordonnés et personnalisés

Cette orientation veut promouvoir le passage d'un réseau d'établissements à un véritable réseau de services intégrés. Le défi est de changer les dynamiques relationnelles et organisationnelles entre les partenaires et de les amener à mettre en



place des continuums de services intégrés selon les clientèles. Les partenaires visés sont non seulement les établissements, mais aussi les intervenants de pratique privée dont les médecins, les organismes communautaires, les ressources de type intermédiaire et les intervenants d'autres secteurs tels que l'éducation, la justice, la sécurité publique et les municipalités. Aussi, il faut faire en sorte que les services soient personnalisés, c'est-à-dire adaptés aux besoins de chaque personne dans une relation faite de respect et d'empathie.

Une attention particulière doit être portée par les partenaires de sorte que la personnalisation et la coordination des services tiennent compte de la réalité des femmes quant aux problématiques qu'elles vivent et aux actions qui doivent leur être spécifiques. De même, les personnes vulnérables en raison de problèmes sociaux, de santé mentale, de toxicomanie ou en raison d'incapacité physique ou intellectuelle doivent faire l'objet d'une préoccupation constante de tous et d'une responsabilité collective face à leur protection sociale.

La poursuite de la mise en œuvre de cette orientation se fonde sur les principales stratégies suivantes :

- Les partenaires de chacun des territoires de la Mauricie et du Centre-du-Québec doivent, en collaboration avec les établissements à mandat régional, s'assurer d'une réponse intégrée aux besoins des personnes en prenant soin de développer des continuums de services couvrant l'ensemble des actions préventives, curatives, d'adaptation et de réadaptation et ce, quel que soit le type ou le nombre de problématiques en cause. Cette réponse intégrée doit reposer sur la mise en place, dans chaque territoire, de mécanismes de coordination adaptés à la réalité des clientèles visées et aux caractéristiques organisationnelles et professionnelles du territoire concerné. Ces mécanismes peuvent prendre diverses formes telles qu'une équipe intégrée d'intervention interorganisme, la gestion par cas (*case-management*), le plan de services individualisé ou d'autres approches assurant un accès simplifié et un suivi fluide et personnalisé pour les personnes les plus vulnérables ou en perte d'autonomie.
- En prenant appui sur les avis du Comité régional aviseur sur les conditions de vie des femmes, diverses avenues seront explorées pour soutenir la préoccupation à l'égard des services adaptés aux réalités des femmes, telles que le recours à l'analyse différenciée selon les sexes, des actions de sensibilisation auprès des principaux acteurs et des interventions spécifiques auprès des femmes.
- Avec l'appui des établissements à vocation régionale, la Régie régionale s'assurera que les partenaires de chaque territoire se concertent pour partager la lecture de la situation vécue par les personnes les plus vulnérables et pour dégager des plans d'action en conséquence.
- Les CLSC sont désignés pour initier ou soutenir la concertation territoriale tant au sein du réseau qu'avec les autres secteurs d'activités. Ils sont imputables de la mise en place des mécanismes et des processus jugés nécessaires pour favoriser la concertation. Ces mécanismes et processus doivent refléter les réalités culturelles et organisationnelles de chacun des territoires et respecter les alliances stratégiques entre territoires.
- La Régie régionale entend utiliser divers leviers tels que les stratégies de financement, les incitatifs financiers et le déploiement des technologies de l'information pour soutenir la concertation territoriale et interterritoriale.
- Compte tenu des caractéristiques de la population des territoires Les Forges et Cloutier-du Rivage et de ses habitudes de consommation, la Régie régionale va s'assurer auprès des établissements concernés, dont particulièrement les CLSC, de l'existence et de l'efficacité d'une harmonisation entre les territoires quant aux critères et mécanismes d'accès aux services. De plus, la Régie régionale veillera à ce qu'il y ait complémentarité des services de base de chaque territoire pour des clientèles communes, dont les services aux personnes âgées et les services médicaux. De même, les décisions de la Régie régionale relatives à des projets significatifs de développement, d'équipements ou d'immobilisations tiendront compte de la réalité particulière de ces deux territoires.
- Une attention particulière doit être accordée au développement des compétences et à la mobilisation du personnel tant chez les cadres que chez les intervenants, incluant les médecins, de façon à faciliter les changements de pratique et les approches interdisciplinaires et interorganismes.

1.5 Orientation 5
Utiliser les ressources de façon efficace et efficiente

Cette orientation vise la présence en région de ressources en quantité et en qualité adéquates

pour offrir des services locaux et régionaux intégrés, accessibles et de qualité. Un second effet recherché consiste en une gestion efficace et efficiente des ressources disponibles de façon à faciliter l'atteinte d'une autonomie régionale en matière de services. Un troisième effet a trait à l'obtention d'une équité intra et interrégionale dans l'accès aux services et dans la répartition des ressources dont dispose la région.

La réussite de cette orientation repose essentiellement sur les efforts de modernisation, des mises en commun, des choix locaux ou régionaux en regard de l'allocation de ressources et l'obtention de ressources additionnelles en provenance du Ministère. De plus, la Régie régionale favorisera la prise de décision au niveau le plus proche possible du lieu de l'action, dans une perspective de subsidiarité et les allocations budgétaires appuieront cette approche.

Les stratégies jumelées à la cinquième orientation du plan de consolidation sont donc les suivantes :

- La Régie régionale fera valoir auprès du Ministère les besoins de la région en matière de ressources additionnelles récurrentes et non récurrentes pour s'assurer d'un niveau de financement adéquat des services, établissements et organismes, pour soutenir les coûts de transition associés à la transformation, pour appuyer les priorités régionales et nationales de consolidation et pour obtenir de celui-ci le financement des services nationaux que la région a autofinancés lors de la transformation.
- La région compte essentiellement sur l'apport de crédits additionnels en provenance du Ministère pour soutenir la majeure partie de ses besoins financiers.
- D'ici l'obtention des ressources additionnelles souhaitées, les ajustements et développements de services de même que les contraintes reliées au volume et à la lourdeur de la clientèle sont assumés par chacun des établissements et des programmes clientèles, à l'intérieur des enveloppes budgétaires disponibles, à l'exception du programme de santé mentale pour lequel des réallocations sont à prévoir.
- Tous les établissements de la région doivent être en équilibre budgétaire le plus tôt possible ou, au plus tard, le 1er avril 2002.
- La Régie régionale répartira le budget régional dans quatre enveloppes distinctes : une enveloppe pour les services de base territoriaux par programme clientèle, une enveloppe pour les services spécialisés de santé physique et de santé mentale, une enveloppe pour les services offerts par les établissements à vocation régionale et une enveloppe centralisée correspondant au soutien aux organismes communautaires, aux services préhospitaliers d'urgence et à des fonds régionaux.
- La Régie régionale entend instituer, à compter du 1er avril 1999, un fonds permanent de soutien à l'innovation de l'ordre de 7 M$ par année.
- Il faut également poursuivre de façon intensive les travaux en vue d'assurer l'efficience et l'efficacité des services cliniques, administratifs et de soutien. Si la Régie régionale favorise l'accessibilité aux services cliniques sur une base locale à chaque fois que cela est possible, elle considère, par contre, la mise en commun et la concentration des services non cliniques comme une obligation et ce, dans la mesure où cela représente la solution la plus efficace et la plus efficiente pour l'ensemble du réseau. Les gains financiers découlant de la révision des processus cliniques, administratifs et de soutien seront essentiellement consacrés à la remise ou au maintien en équilibre budgétaire de l'établissement concerné, à contrer partiellement le sous-financement de certains services ou à affronter l'accroissement de la demande.
- Les fusions d'établissements visent essentiellement la constitution d'un meilleur réseau de services et l'obtention d'économies dans les services administratifs et de soutien pouvant être réinvesties dans les services directs à la population.
- Le plan de transformation adopté en 1996 prévoyait la fusion des établissements dans tous les territoires de moins de 50 000 habitants pour former ainsi, dans chacun de ces territoires, un nouvel établissement de type CLSC. Dans sa lettre du 4 juillet 1996, le ministre a accepté les recommandations de la Régie régionale touchant la transformation des structures, à l'exception de celle qui a trait au territoire Mékinac-Des Chenaux. Dans ce dernier cas, le ministre a accepté la fusion du CLSC Normandie et du CLSC Des Chenaux sans pour autant aller jusqu'à la fusion des deux CLSC avec le CHSLD Regroupement Mékinac-Des Chenaux. La décision du ministre a été motivée, d'une part, par l'absence d'unanimité des partenaires et, d'autre part, par les contraintes découlant des dispositions légales qui stipulent que la fusion et le regroupement d'un CLSC avec un établissement d'une autre mission sont possibles

dans la mesure où ces établissements œuvrent dans le même territoire de CLSC.

Dans le cadre du *Plan de consolidation 1999-2002* :

- Contrairement à 1996, la Régie régionale ne préconise pas une approche systématique de fusions d'établissements. Toutefois, elle est désormais favorable à la fusion de CLSC et CHSLD dans les territoires de plus de 50 000 personnes, sur une base volontaire.
- Pour ce qui est du territoire Mékinac-Des Chenaux, la Régie régionale entend prendre une décision le 28 avril 1999 quant au regroupement du CLSC Vallée de la Batiscan et du CHSLD Regroupement Mékinac-Des Chenaux, soit par l'unification des deux conseils d'administration et des deux directions, soit par une fusion.
- En tout état de cause, lors de l'élaboration des paramètres de financement et d'équité, la Régie régionale fera abstraction des coûts non productifs attribuables, le cas échéant, au dédoublement administratif occasionné par la présence de deux établissements distincts dans le territoire.

1.6 Orientation 6
Mesurer l'efficience, l'efficacité et les effets des services

Cette orientation énonce le principe qu'il faut bien évaluer les actions du réseau et ses effets sur la santé et le bien-être de la population. Pour cela, une reddition de comptes par le biais d'indicateurs doit être convenue. L'évaluation des actions, des services, des programmes et de leurs impacts permettra d'ajuster le tir, au besoin d'en délaisser certains qui s'avèrent inefficaces et d'en accentuer d'autres qui porteront fruit.

Conséquemment, les principales stratégies retenues sont :

- L'instauration d'un monitorage rigoureux et fréquent des principaux résultats atteints pour des fins de reddition de comptes à la ministre, aux membres des conseils d'administration des établissements et de la Régie régionale, et à la population.
- La mise à jour et la diffusion des connaissances sur les besoins de la population et son état de santé et de bien-être, particulièrement par des études populationnelles et le traitement des données sociosanitaires disponibles.
- La mise en place régionale d'une stratégie d'amélioration continue de la qualité des services basée, entre autres, sur l'identification des attentes de la population et de la satisfaction des usagers.
- Le suivi des effets de la fusion d'établissements eu égard au respect des missions, à l'amélioration de la coordination et de la personnalisation des services, à la simplification des modalités d'accès et aux impacts financiers.

1.7 Orientation 7
Adapter la gestion des organisations en misant sur la participation et le développement des personnes

Après tous les bouleversements qu'a connus le réseau, l'orientation vise à adapter la gestion des organisations aux réalités présentes et à venir, en misant sur la participation et le développement des hommes et des femmes qui y travaillent. Et là où cette adaptation est en cours, il faut la poursuivre.

La clé maîtresse de cette adaptation de la gestion appartient d'abord au personnel d'encadrement. Le mouvement doit émaner de la direction générale de chaque établissement, avec l'appui du conseil d'administration et l'implication active de l'équipe de gestion. Ce mouvement interpelle aussi le personnel salarié et les médecins.

Pour actualiser cette orientation, la Régie régionale met de l'avant trois stratégies :

- La première stratégie vise à associer les personnes au projet collectif. Chaque direction générale doit jouer un rôle de premier plan par rapport à l'élaboration et au déploiement du projet collectif de l'organisation et ce, en association avec le personnel d'encadrement, les employés, les médecins, les bénévoles, les associations représentatives du personnel et les conseils consultatifs, qu'ils soient ou non prévus à la loi.
- La seconde stratégie concerne l'utilisation optimale des compétences du personnel des organisations par la révision locale de l'organisation du travail, l'encouragement à la mobilité, la préparation de la relève et le replacement de tout le personnel en sécurité d'emploi.
- La troisième stratégie se concentre sur le développement des membres des conseils d'ad-

ministration, du personnel cadre et salarié, des médecins et, dans certains cas, des personnes qui œuvrent bénévolement auprès des usagers du réseau.

1.8 Orientation 8
Informer adéquatement la population sur les services disponibles

Cette orientation sous-tend que la population de chaque territoire a droit à une information adéquate sur les services existants de même que sur les façons d'y accéder.

À cet effet, la Régie régionale préconise l'élaboration d'un plan régional de communication en étroite collaboration avec les établissements de réseau et les organismes communautaires. À ce plan régional, se grefferont des plans territoriaux de communication.

Ces plans de communication, tant régional que territoriaux, devront être élaborés en fonction de cinq principes de base fondamentaux :

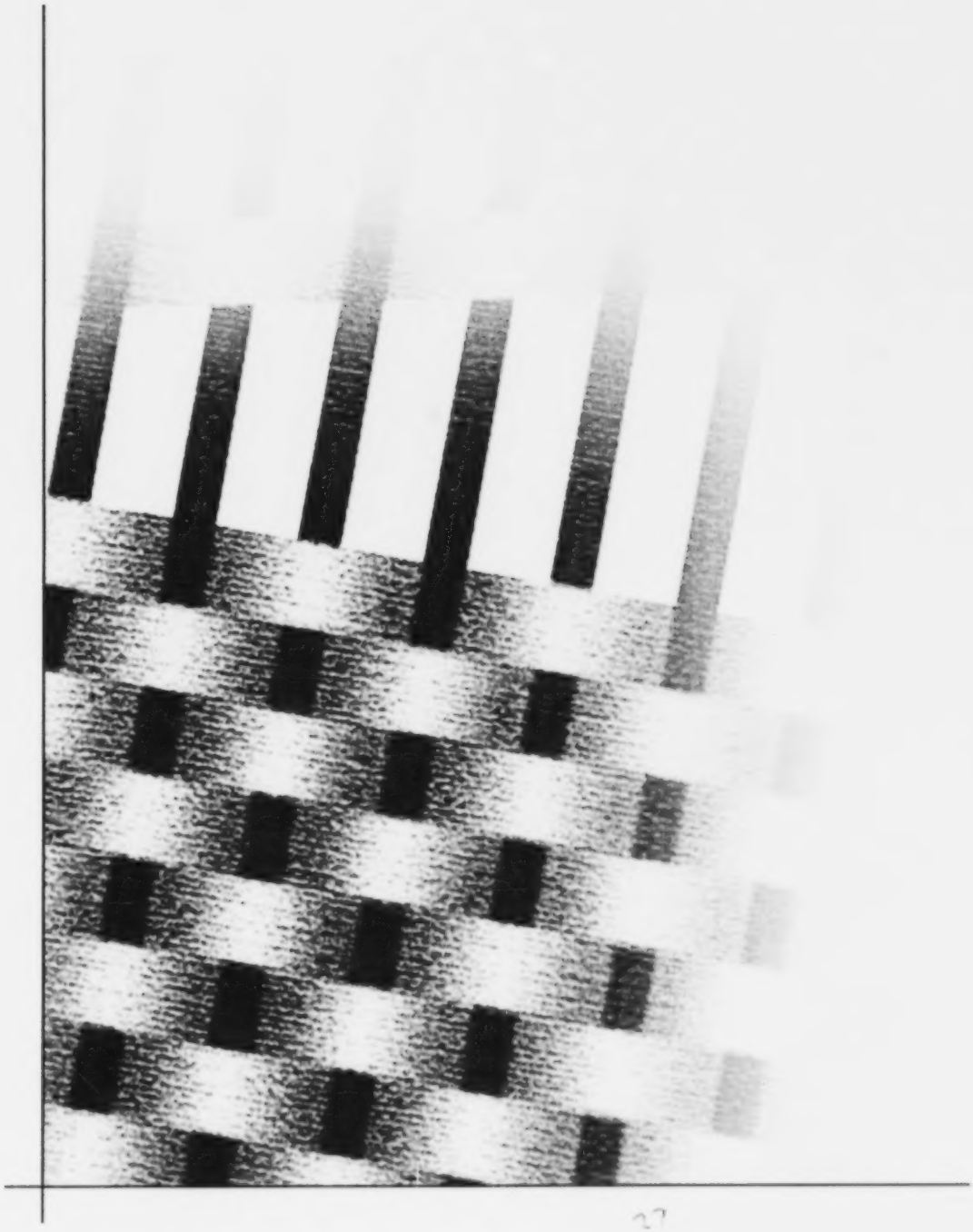
- S'assurer d'être bien compris par la population (langage simple et clair).
- S'adapter aux réalités de communication des personnes âgées, des personnes handicapées, des personnes analphabètes et des personnes d'expression anglaise.
- Tenir compte de l'organisation des médias dans la région.
- Reconnaître la contribution des organismes communautaires, des bénévoles de même que des comités d'usagers.
- Reconnaître que le personnel constitue un chaînon essentiel dans le processus de diffusion de l'information.

De 1999 à 2002, trois volets seront priorisés dans le plan de communication régional :

- Rendre accessible l'information pertinente sur les services afin de faciliter l'accès au réseau.
- Donner l'heure juste à la population sur l'accessibilité et la qualité des services.
- Promouvoir la participation de la population et informer les usagers de leurs droits et obligations.

Partie 2

DE NOUVEAUX RÔLES, DE NOUVELLES FAÇONS DE PENSER ET DE NOUVEAUX PARTENARIATS



DE NOUVEAUX RÔLES, DE NOUVELLES FAÇONS DE PENSER ET DE NOUVEAUX PARTENARIATS

2.1 La participation au développement des commnautés : la lutte à la pauvreté et la mobilisation intersectorielle

Il y a quelques années encore, il était convenu d'affirmer que le ministère de la Santé et des Services sociaux était le ministère des conséquences. Dans l'esprit de plusieurs, sa mission consistait alors essentiellement à soigner les maladies.

Cette conception est dépassée. La nécessité de mieux soigner et d'agir sur les causes des différents problèmes de la santé fait maintenant partie des préoccupations communes. Il est aussi admis aujourd'hui que toute contribution au développement social et économique, quelle que soit son origine, constitue une contribution significative au maintien et à l'amélioration de la santé de la population.

Il y a une autre nécessité qui fait consensus auprès de tous les acteurs sociaux. C'est celle qui consiste à mettre en commun les efforts respectifs de chacun. L'expression consacrée parle de développer des synergies. Passé l'effet de mode, cette expression signifie que le défi des nouvelles réalités sociales et économiques exige des changements d'attitude et de pratique dans tous les milieux.

Le *Plan de consolidation 1999-2002* prend la mesure de ces nouvelles réalités. Il inscrit à son agenda la question du développement des communautés. Pour ce faire, il propose des interventions significatives dans le domaine de la réduction des inégalités et de la lutte à la pauvreté et l'adoption d'un axe de préoccupation visant une mobilisation intersectorielle soutenue et dynamique.

2.1.1 La lutte à la pauvreté

La Régie régionale est spécifiquement interpellée par le législateur sur la question des grands déterminants sociaux. Elle est tenue de porter une attention particulière aux groupes vulnérables et d'intervenir sur les mécanismes qui sont à l'origine des inégalités de santé et de bien-être.

Prendre acte de la dynamique de la pauvreté pour en contrer les effets

À cet effet, il faut rappeler que l'état de santé et de bien-être dépend des conditions de vie des personnes. Puisque ces conditions varient énormément d'une classe sociale à l'autre et souvent d'un sexe à l'autre, les indicateurs de la santé et de bien-être se distribuent différemment à travers la population. Plus particulièrement, il faut noter que ce sont les femmes qui vivent le plus de pauvreté.

Les inégalités sociales et économiques se transforment en inégalités de santé.

Les inégalités sociales et économiques se transforment en inégalités de santé d'abord parce que, pour plusieurs individus, les conditions matérielles d'existence sont nettement insuffisantes. Les personnes pauvres ont en effet un accès plus difficile au logement, à une bonne alimentation et à une fréquentation scolaire prolongée et elles évoluent dans des milieux où les qualités environnementales ne sont pas optimales. Pour ces raisons, elles subissent un stress qui freine l'épanouissement personnel et l'atteinte du mieux-être.

Mais la réalité de la pauvreté déborde la seule question de la privation matérielle. La dimension sociale doit être prise en compte. Ce type de privation empêche les gens d'avoir un rôle social valorisant, rend difficile, sinon impossible, l'exercice des droits sociaux, éloigne les personnes du monde de la connaissance et de la culture, les enferme dans des rapports d'exclusion, de résignation et même de désespérance. Il permet surtout de comprendre pourquoi, à pauvreté matérielle égale, certaines personnes sont moins sujettes que d'autres à des problèmes de santé. Car la cohésion sociale d'une communauté, l'état de son patrimoine institutionnel, la qualité des liens d'entraide et de solidarité et la force du tissu social exercent un effet protecteur contre les effets négatifs de la pauvreté économique.

Enfin, quel que soit le type de privation à laquelle elle doit faire face, matérielle ou sociale, une personne qui appartient à un échelon supérieur dans une hiérarchie quelconque est en meilleure santé que celle

de l'échelon inférieur. Cela est attribuable à l'emprise que les gens ont sur leur vie. Selon ce point de vue, ce n'est pas le stress en soi, mais la capacité d'y faire face qui explique les écarts de santé. Ce ne sont pas les coups durs qui rendent compte de la maladie, mais les moyens dont disposent les individus pour les surmonter.

Les mesures préconisées

Les mesures spécifiques préconisées par la Régie régionale pour réduire les inégalités et contrer les effets de la pauvreté sont de plusieurs ordres. Elles concernent d'abord les actions d'ensemble qui permettent d'améliorer les conditions de vie. Elles sont ensuite de nature plus locale, très axées sur les habitudes de vie et le renforcement du potentiel des communautés et des personnes.

L'action régionale

Les mesures associées à l'action régionale interpellent la Régie régionale au premier chef, avec l'appui d'acteurs régionaux et du réseau.

- Informer la population en général et les partenaires de la Régie régionale en particulier sur l'évolution de l'état de santé de la population et les écarts de santé. Brosser un portait des inégalités sur l'ensemble des territoires locaux. Établir les distinctions sociales et géographiques entre zones de pauvreté et zones de prospérité relative afin d'orienter l'action là où les besoins sont les plus grands.
- Influencer les décideurs nationaux et régionaux sur l'importance de politiques publiques qui exercent un impact sur la situation des personnes les plus démunies : interventions favorables au maintien et à l'amélioration des régimes de sécurité du revenu, au partage de la richesse, à l'accessibilité, à l'universalité et à la gratuité du système de santé, et à la consolidation d'un système public d'éducation de qualité.
- Demander au ministère de la Santé et des Services sociaux de mener les démarches appropriées auprès des autres ministères québécois afin que l'action concertée aux paliers régional et local en matière de lutte à la pauvreté soit concrètement soutenue par tous les ministères concernés.
- Soutenir et outiller, dans une perspective de partage et de mise à niveau des expertises, les instances vouées au développement communautaire. Susciter et soutenir des projets visant la diminution des effets de la pauvreté.
- Sensibiliser les acteurs du réseau sur l'état d'appauvrissement de la population et les modes d'interventions appropriés auprès de celle-ci.
- Préciser les moyens facilitant la participation sociale. Étudier, par la même occasion, les conditions optimales de réalisation des interventions locales visant la réduction des écarts socio-économiques.

L'action locale

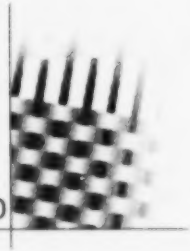
L'action locale interpelle les établissements et les organismes locaux, avec l'appui de la Régie régionale et l'implication des personnes visées par les mesures qui suivent.

- Consolider l'ensemble de la programmation destinée à rejoindre les populations dites à risque avec le souci de s'ajuster à leurs valeurs et à leurs modes de vie, tout en évitant de les stigmatiser (ex. : *Naître égaux-grandir en santé*, *Cuisines collectives*).
- Les CLSC et les partenaires locaux sont invités à développer, dans le cadre de programmes comme *Villes et villages en santé* ou *Équipes écoles en santé*, un volet qui a trait à l'importance d'améliorer les liens d'entraide, de développer des solidarités dans les quartiers ou les municipalités et de renforcer les compétences et le potentiel des personnes évoluant dans des conditions difficiles.
- Les établissements publics, dont particulièrement les CLSC, ont à déployer, en concertation avec les partenaires et les populations visées, des moyens qui favorisent la meilleure pénétration possible de leurs services auprès des populations moins favorisées; ils doivent veiller à simplifier l'accès et le recours aux services.

2.1.2 La mobilisation intersectorielle

La pauvreté et les inégalités sociales et économiques constituent des facteurs déterminants de l'état de santé. Pour exercer sur eux une portée significative, les efforts de la Régie régionale doivent se joindre à l'ensemble des efforts des personnes et des instances de toutes les sphères de la communauté régionale. Le déploiement des forces vives d'un milieu et l'adoption d'un esprit d'entreprise qui encourage l'action concertée, l'audace et l'imagination sont les meilleures garanties de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

En effet, c'est grâce à la synergie des actions menées par les établissements, les organismes



communautaires, le secteur privé, les municipalités, le secteur de l'éducation et les autres secteurs gouvernementaux que la contribution du réseau à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population sera la plus efficace. Et ce, bien sûr, non seulement en ce qui concerne la lutte à la pauvreté, mais en ce qui a trait à l'ensemble des actions visant le développement et le mieux-être collectif.

Le plan de consolidation met l'accent sur deux niveaux d'actions prioritaires pour soutenir la mobilisation intersectorielle, soit le développement d'une vision commune et le déploiement de la concertation intersectorielle aux paliers local et régional.

Une vision commune de l'action concertée

Les Politiques de l'État soutiennent à des degrés divers la régionalisation et la décentralisation. Cette orientation est essentielle. Elle favorise la participation sociale des citoyens et citoyennes telle que le préconisait la Réforme de la santé et des services sociaux.

Une vision régionale partagée de l'action concertée permettrait d'éviter de traiter les citoyens comme des individus fragmentés. Ceux-ci s'attendent légitimement à ce que l'ensemble des actions réalisées sur les plans régional et local favorise une réponse intégrée à leurs besoins, qu'ils soient d'ordre de santé ou relatifs au développement social et économique de leur milieu.

Les mesures préconisées en lien avec le développement d'une vision commune

La Régie régionale, en étroite collaboration avec les partenaires régionaux, dont particulièrement les conseils régionaux de développement et les directions régionales des ministères, prévoit :

- Développer au sein des instances régionales une vision globale et intégrée des différents problèmes de santé et de bien-être de la population en vue de guider ses partenaires vers les stratégies et les interventions les plus efficaces ou prometteuses avant que les problèmes ne surgissent.
- Mettre en œuvre un processus de formation continue entre intervenants intersectoriels, constitué d'activités d'échange et de partage d'expérience.

La concertation intersectorielle aux paliers local et régional

Créer des opportunités de participation et mettre en place les conditions à la concertation sont deux enjeux importants de la réussite de l'intersectorialité. Une vision claire, des rôles bien cernés et des cibles précises contribuent à cette réussite, mais ne suffisent pas. L'intersectorialité entraîne des changements de pratique d'une difficulté plus grande que le travail en interdisciplinarité. Il faut non seulement comprendre la réalité et le langage de l'autre, mais il faut aussi accepter un nouveau partage des pouvoirs. Pour agir en intersectorialité, il faut accepter une certaine perte de contrôle sur les moyens et reconnaître que cet aspect est grandement compensé par la créativité d'un être collectif. Il faut aussi reconnaître le droit à la différence.

Les mesures préconisées en lien avec la concertation intersectorielle

Il est attendu que les établissements et organismes du réseau de la santé et des services sociaux, dont particulièrement les CLSC, s'associent étroitement aux partenaires locaux pour améliorer et soutenir la concertation intersectorielle locale dans tous les domaines jugés pertinents et ce, dans le respect des réalités du milieu et des mécanismes déjà en place.

Dans le même esprit, la Régie régionale :

- Entend s'associer étroitement aux partenaires régionaux, notamment les conseils régionaux de développement, les directions régionales des ministères, le Regroupement des CLSC et la Table régionale des organismes communautaires, pour améliorer et soutenir la concertation et le partenariat en Mauricie et au Centre-du-Québec, dans le respect des réalités du milieu et des mécanismes déjà en place.
- Compte établir dès 1999-2000 des ententes spécifiques de collaboration avec le Conseil régional de concertation et de développement du Centre-du-Québec, le Conseil régional de développement de la Mauricie et l'Université du Québec à Trois-Rivières. Des ententes comparables pourront survenir avec d'autres partenaires régionaux hors réseau.
- Prévoit soutenir la mise en œuvre de plans concertés au palier local, en fonction de ses moyens et dans la mesure où il y a implication

Pour agir en intersectorialité, il faut accepter une certaine perte de contrôle sur les moyens et reconnaître que cet aspect est grandement compensé par la créativité d'un être collectif.

des autres partenaires, ainsi que l'action des CLSC comme animateurs de la concertation territoriale en matière de services de santé et de services sociaux, conformément à l'orientation 4 du plan de consolidation et comme répondants face à la Régie régionale de la présence des préoccupations de santé et de services sociaux dans les forums locaux de concertation intersectorielle.

- Réitère son intention de privilégier, dans l'exercice de ses responsabilités, les actions locales et régionales qui ont un impact sur plusieurs facteurs de risque à la santé en même temps, ainsi que les actions concernant les jeunes et les familles, particulièrement ceux et celles qui se retrouvent en situation de vulnérabilité.

2.2 L'intégration sociale

La pauvreté a une influence déterminante dans l'état de santé d'une population et le travail est encore aujourd'hui perçu comme l'outil privilégié d'intégration sociale. La Régie régionale est de plus en plus consciente de cette réalité et met le cap sur un objectif de lutte à la pauvreté. À cet égard, elle estime qu'elle a une contribution à apporter et y voit des liens avec des objectifs d'amélioration de la santé. Trois programmes opérationnels sont plus spécifiquement concernés : il s'agit du développement des entreprises d'économie sociale d'aide domestique, du programme expérience de travail (EXTRA) et du programme chèque-emploi-service (CES).

En ce qui concerne l'économie sociale, les entreprises d'aide domestique sont en phase d'implantation et de développement dans chaque territoire de CLSC. Leur viabilité financière et leur complémentarité avec les services existants demeurent les deux objectifs privilégiés dans une formule locale où l'approche intersectorielle est à préconiser.

En ce qui a trait au programme EXTRA, ce dernier connaît présentement une réorientation fondamentale. Conçu à l'origine avec une mission de développement de l'employabilité, il est maintenant tourné vers des objectifs d'insertion ou de réintégration sociale. En 1998-1999, la Régie régionale gère 90 projets répartis dans les onze territoires de CLSC. Le nombre autorisé de personnes pouvant participer à ces projets s'élève à 532.

Pour sa part, la mesure chèque-emploi-service est en phase d'implantation depuis 1998-1999. Elle vise principalement trois objectifs : la création d'emplois, la lutte au travail au noir et la prestation de services d'aide à domicile de qualité. La préoccupation de la Régie régionale est que le recours à cette mesure n'occasionne aucune rupture de services pour les personnes qui bénéficiaient auparavant d'une allocation directe pour se procurer des services d'aide à domicile. Par ailleurs, la Régie régionale cherche aussi, avec le Ministère et les CLSC, à atténuer les divers irritants administratifs suscités par la récente implantation de cette mesure.

Les mesures préconisées

Pour les entreprises d'aide domestique reliées à l'économie sociale, la Régie régionale préconise une stratégie de prise en charge par le milieu local de l'intégration et du soutien de ces entreprises. À cet effet, la Régie régionale :

- Entend s'assurer, avec la collaboration des partenaires locaux et régionaux, de la finalisation du démarrage des entreprises d'économie sociale d'aide domestique et de leur consolidation, à raison d'une entreprise par territoire de CLSC.
- Va contribuer à soutenir l'action intersectorielle assurant le suivi et la viabilité des entreprises dans la perspective d'une approche territoriale.

Pour le programme EXTRA, la Régie régionale va :

- Procéder au cours de l'année 1999-2000 à la révision des 90 projets existants à la lumière des nouvelles orientations du programme.
- Assurer la promotion et la diffusion des nouvelles orientations auprès des organismes et clientèles cibles.
- Favoriser l'insertion de cette mesure dans les programmes d'intégration sociale des divers continuums de services, organismes et clientèles cibles.

Pour le chèque-emploi-service, la Régie régionale prévoit :

- Assurer le suivi de l'implantation de la mesure et procéder aux ajustements fonctionnels et financiers en 1999-2000 et 2000-2001 et ce, en collaboration avec les CLSC.
- Développer des ententes cadres avec les partenaires gouvernementaux à mission socio-économique afin de favoriser l'atteinte des objectifs de la mesure.

2.3 La santé, le bien-être et les conditions de vie des femmes

Deux constats majeurs ressortent de l'analyse de la situation des femmes : la détérioration des conditions socio-économiques et l'alourdissement des clientèles qui requièrent des services, les deux étant reliés puisque la pauvreté économique et sociale a un impact certain sur la santé. Ainsi, il y a une augmentation du nombre de femmes qui ne trouvent plus dans le réseau les ressources dont elles ont besoin. Les centres de femmes et les ressources pour femmes victimes de violence conjugale ou sexuelle accueillent notamment de plus en plus de femmes présentant de multiproblématiques (violence, problèmes de toxicomanie ou de santé mentale, dépression, etc.) rendant plus complexe l'intervention auprès d'elles. Malgré certains progrès réalisés, les inégalités sociales entre les hommes et les femmes perdurent ainsi que, conséquemment, la violence faite aux femmes, ce qui entraîne des coûts humains et sociaux énormes.

Au cours des deux dernières années, la Régie régionale n'a pas pu soutenir à la hauteur de ses aspirations les actions et les travaux relatifs à la santé et aux conditions de vie des femmes. Elle compte maintenant intensifier ses efforts pour s'assurer que les services offerts répondent aux besoins spécifiques des femmes et ce, en s'appuyant sur le *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes* du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, la Régie réitère ses engagements envers les objectifs déjà ciblés dans les stratégies d'action prioritaires (SAPS) adoptées en février 1995. De même, la Régie régionale maintient les priorités identifiées dans le plan de transformation de 1996. D'abord, la violence faite aux femmes : la Régie régionale priorisera pour les prochaines années l'implantation de la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale* ainsi que l'actualisation des orientations en matière d'agressions sexuelles. Elle poursuivra aussi l'actualisation des orientations gouvernementales pour les services de planification des naissances et le dépistage du cancer du sein. De plus, elle continuera à se préoccuper des effets du virage ambulatoire sur les femmes, à soutenir les travaux visant la pratique des sages-femmes et la création d'une maison des naissances dans la région.

Les mesures préconisées

- Renforcer le soutien au Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes dont le rôle est de s'assurer de l'adéquation entre les besoins spécifiques des femmes et les services offerts pour l'ensemble des dossiers traités par la Régie régionale.
- Instaurer de façon progressive le recours approprié à l'analyse différenciée selon les sexes et réaliser les actions de sensibilisation et de formation requises pour que les services offerts aux femmes tiennent compte de leur réalité spécifique.
- Soutenir l'implantation de la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale* en élaborant et supportant la réalisation d'un plan d'action régional multisectoriel visant l'actualisation des priorités identifiées pour prévenir, dépister et contrer la violence conjugale et en assurant la coordination des actions des différents secteurs concernés dont ceux de la justice, de la sécurité publique et de l'éducation.
- Soutenir l'actualisation des orientations en matière d'agression sexuelle par la constitution d'un portrait des actions et services offerts en matière d'agression sexuelle, par l'identification de priorités régionales et par la mobilisation des acteurs concernés pour l'élaboration et la réalisation d'un plan d'action régional.
- Soutenir la réalisation du plan d'action régional en planification des naissances. Deux principaux objectifs sont visés : diminuer le taux de grossesse à l'adolescence (voir les mesures préconisées en enfance-jeunesse-famille) et améliorer l'accès à l'ensemble des services de planification des naissances sur tous les territoires.
- S'assurer que l'organisation des services pour le dépistage, l'investigation et la confirmation du diagnostic du cancer du sein (voir les mesures préconisées en santé physique) correspond aux besoins de la population cible, soit les femmes de 50 à 69 ans, et répond aux critères de qualité, d'accessibilité et d'équité.
- Consolider des mesures concrètes, tel le répit, pour diminuer ou prévenir l'alourdissement des responsabilités des aidants naturels qui sont presque toujours des femmes et suivre l'évolution de la situation.
- Favoriser la mise en place des conditions nécessaires pour la formation et la pratique des sages-femmes dans la région.
- Soutenir les travaux visant la création d'une maison des naissances qui répond aux besoins

L'amélioration de la santé des femmes exige une intensification des actions pour réduire les inégalités entre les hommes et les femmes, notamment en travaillant à contrer la violence faite aux femmes.

des femmes désireuses d'accoucher dans leur milieu ou qui aimeraient bénéficier de services alternatifs.

2.4 Le soutien aux organismes communautaires

La contribution des organismes communautaires est très appréciable dans le domaine social et de la santé. En effet, leur implication constitue un atout majeur dans la capacité régionale à répondre aux besoins variés de la population. La Régie régionale se doit donc de considérer l'importance de leurs actions dans les réflexions régionales actuelles.

En fait, les organismes communautaires interviennent dans plusieurs secteurs jugés prioritaires et reconnus dans les orientations régionales tels que la pauvreté, la violence conjugale, l'alcoolisme, la toxicomanie et les jeunes. Les réponses qu'ils apportent correspondent aux besoins de la population et sont très souvent novatrices.

La Régie régionale s'engage à reconnaître la contribution spécifique et importante des organismes communautaires dans le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

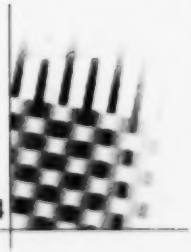
La Régie régionale demeure toutefois très préoccupée par les défis que lancent les organismes communautaires en matière de consolidation financière. En effet, malgré une majoration de l'enveloppe du soutien aux organismes communautaires (SOC) de 3,6 M$ réalisée de 1996-1997 à 1998-1999, force est de constater qu'il existe encore un écart important entre la contribution de la Régie régionale (13,5 M$) et les besoins financiers identifiés par les organismes (24 M$) pour 1998-1999. Par ailleurs, la Régie régionale constate que les stratégies utilisées jusqu'à ce jour pour dégager les budgets permettant la consolidation du financement des organismes communautaires, principalement par la réallocation à partir du budget des établissements, ont atteint leurs limites et ne permettront pas une majoration significative des budgets pour les prochaines années. La Régie régionale est très sensible à cette situation et croit prioritaire de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour tenter de soutenir encore plus efficacement ces partenaires.

Cette tentative supplémentaire de la Régie régionale doit s'inscrire dans une stratégie visant, d'abord et avant tout, à assurer un financement de base aux organismes reconnus et ce, afin de leur permettre de réaliser la mission que leur reconnaît la communauté et l'atteinte des objectifs identifiés par leurs membres. C'est seulement dans cette perspective de financement que la Régie régionale sera en mesure d'assurer une réelle consolidation du mouvement communautaire régional en respectant ses particularités.

La Régie régionale est aussi préoccupée par l'accroissement constant du nombre d'organismes qui se mettent en place pour répondre aux besoins de la population. Généralement, ceux-ci sollicitent une accréditation auprès de la Régie régionale pour, par la suite, acheminer une demande de financement dans le cadre du programme SOC. Ainsi, entre 1994 et 1999, le nombre d'organismes communautaires inscrits au SOC est passé d'environ 165 à plus de 250, alors que le nombre d'organismes subventionnés est passé de quelque 140 à plus de 210. Compte tenu du contexte budgétaire actuel et prévisible pour les prochaines années, la Régie régionale croit nécessaire d'amorcer avec ses partenaires une réflexion en profondeur à ce chapitre. En ce sens, l'actuel processus d'accréditation devrait être au centre des préoccupations de même que les questions relatives à la duplication des services sur un même territoire et enfin, celles concernant le morcellement de plus en plus fréquent des interventions.

Ces préoccupations amènent aussi la Régie régionale à questionner la notion même d'organisme communautaire et la diversité des réalités qu'il est possible de retrouver sous ce vocable. Il existe en fait deux pôles distincts dans le mouvement communautaire. Premièrement, il y a des organismes engagés prioritairement dans des interventions d'action communautaire et sociale et qui utilisent une approche globale visant le changement social. Deuxièmement, il y a des organismes plus près de la prestation de services et qui pourraient s'inscrire dans une logique d'organisation régionale des services. Les stratégies de financement devraient donc tenir compte de ces deux réalités particulières et s'y adapter. Une réflexion en profondeur doit donc être réalisée à cet égard.

De plus, les organismes communautaires étant issus de la volonté des communautés et des individus de se doter des moyens pour résoudre leurs problèmes et combler leurs besoins, leur implantation ne peut évidemment répondre à une logique de planification par l'État. Ce mode de développement ne tient toutefois pas compte de l'équité territoriale en matière de financement. Les milieux « plus dynamiques » en regard de la création et l'implantation de ressources communautaires peuvent ainsi compter sur un budget plus important, en provenance de l'enveloppe SOC. Dans cette optique, la Régie régionale devra, au cours des prochains mois et en collaboration avec les orga-



nismes communautaires, se questionner sur la pertinence d'intégrer la notion d'équité territoriale dans l'analyse des demandes de subventions au programme SOC et ce, afin d'assurer la meilleure répartition possible des ressources dans la région.

Enfin, il faut noter que l'hébergement de type communautaire soulève certaines questions. Il faut mieux évaluer les besoins, notamment dans le domaine de la toxicomanie, de la santé mentale et du secteur des personnes âgées. D'autre part, les travaux régionaux en matière de ressources non institutionnelles rendent nécessaires l'examen des opportunités qu'offre ce nouveau cadre administratif pour mieux soutenir ces organismes, de même que l'analyse des divers enjeux que ce cadre soulève pour eux, entre autres, les risques pour la perte de leur identité propre et de leur autonomie de fonctionnement.

Les mesures préconisées

La Régie régionale développera au cours de l'année 1999-2000, en collaboration avec ses partenaires du milieu communautaire, un cadre de reconnaissance global des organismes communautaires.

Dans cette optique, la Régie régionale s'engage à :

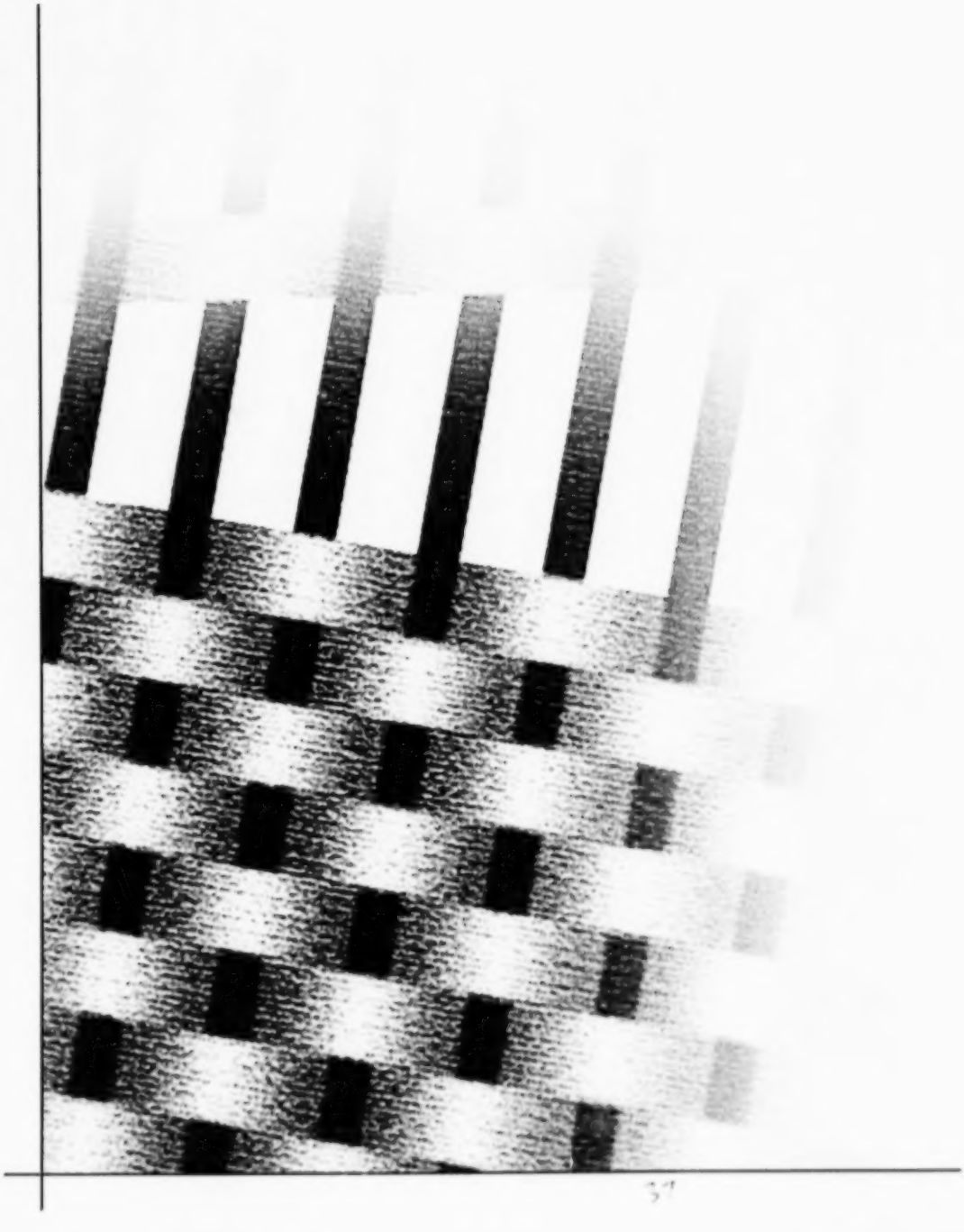
- Reconnaître la contribution spécifique et importante des organismes communautaires dans le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.
- Préserver l'autonomie des organismes communautaires par rapport au réseau public. Conséquemment, la Régie régionale s'engage à ne pas transférer le financement des organismes dans des programmes du réseau public (programmes clientèles ou autres) et à préserver une enveloppe régionale distincte pour le financement du programme SOC. Cet engagement se traduit par une reconnaissance du fait que le milieu communautaire est différent par ses pratiques qui visent, entre autres, le développement des solidarités, la prise en charge de leurs besoins par les personnes concernées et le changement social.
- Reconnaître le financement de base comme le meilleur outil de soutien financier des organismes communautaires. Conséquemment, la Régie régionale devra négocier avec les organismes concernés une définition de ce que constitue un financement de base en tenant compte de la réalité du milieu communautaire et de ses besoins (permanence, infrastructure, niveau d'activité, territoire couvert, etc.). De plus, les travaux réalisés devront permettre de mieux comprendre l'action des organismes communautaires vis-à-vis l'action sociale et les services.
- Rehausser, au cours des trois années du plan de consolidation, le financement des organismes communautaires, en fonction des budgets supplémentaires disponibles en provenance du Ministère et de la flexibilité dont disposera la Régie régionale pour procéder à l'allocation de ces crédits supplémentaires.
- Entreprendre les démarches nécessaires auprès du Ministère pour que ce dernier dégage les budgets exigés pour la consolidation du financement de base des organismes de la région. À titre d'exemple, les organismes inscrits au programme SOC demandaient, pour 1998-1999, 10,5 M$ de plus que les montants disponibles.
- Développer un cadre d'interaction régional qui inclura les établissements publics. Ce cadre définira les conditions à respecter pour une collaboration adaptée aux réalités du milieu communautaire et du réseau public (transparence, respect des missions, respect des structures communautaires de représentation, collaboration sur une base volontaire, etc.).

D'autre part, en partenariat avec les organismes de la région, la Régie régionale verra à :

- Réviser le processus et les critères actuels d'accréditation des organismes communautaires à la Régie régionale. Cette révision devra tenir compte des limites identifiées au cours des dernières années.
- Revoir le processus actuel de reddition de comptes des organismes communautaires subventionnés en cohérence avec les orientations nationales et les préoccupations régionales.
- Définir les règles de développement et de financement relatives aux organismes qui offrent des services d'hébergement.
- S'assurer, auprès des principaux bailleurs de fonds gouvernementaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, qu'il y ait toujours une cohérence et une continuité dans le soutien accordé aux organismes communautaires.

Partie 3

LES SERVICES À LA POPULATION



LES SERVICES À LA POPULATION

La troisième partie porte sur les services à la population. Elle propose, pour les grands secteurs que sont la santé publique et sept autres programmes clientèles, des applications concrètes en regard des orientations présentées dans la première partie. En guise d'introduction à cette section, deux enjeux transversaux à l'ensemble des services sont présentés, il s'agit de l'affiliation universitaire et des effectifs médicaux.

3.1 L'affiliation universitaire

La Régie régionale fait de l'affiliation universitaire un enjeu de taille. Elle est un outil de gestion privilégié favorisant la promotion et le développement de la mission santé et services sociaux. Sa population résidente, l'importance de son plateau technique et technologique, sa situation géographique et les nombreux autres avantages de son réseau d'établissements et de ses ressources humaines sont des éléments pour favoriser de telles ententes. La préoccupation de la Régie régionale en regard de l'affiliation universitaire se situe à deux niveaux :

- La reconnaissance des centres hospitaliers de la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec par les facultés de médecine comme pôles principaux de formation.
- Le développement d'affiliations pour diverses catégories d'établissement du réseau.

La reconnaissance des centres hospitaliers de la région Mauricie et Centre-du-Québec par les facultés de médecine comme pôles principaux de formation

La reconnaissance de la région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec par la faculté de médecine de Sherbrooke comme pôle principal de formation pour les programmes de base est acquise. Trois centres hospitaliers de la région sont déjà affiliés à l'Université de Sherbrooke. Il s'agit des établissements suivants :

- L'Hôtel-Dieu d'Arthabaska qui a une affiliation universitaire pour la chirurgie, la médecine interne, l'anesthésie-réanimation, la médecine familiale et la gynécologie-obstétrique.
- L'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville pour la santé mentale et la psychiatrie.
- Le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières pour son unité de médecine familiale en pédiatrie, pour la gynécologie-obstétrique et pour le programme de postdoctorat en ophtalmologie.

L'Université de Sherbrooke veut agrandir ses champs d'activités et ainsi mieux couvrir l'ensemble des régions. L'affiliation universitaire pourrait toucher l'ensemble des centres hospitaliers et ce, pour différentes disciplines. De plus, d'autres facultés de médecine seront approchées par la Régie régionale et les centres hospitaliers de la région au cours des prochaines années pour compléter et augmenter le rayonnement des établissements de la région.

Les mesures préconisées

- Favoriser la consolidation du nombre de sphères d'expertise en centre hospitalier qui font l'objet d'une affiliation universitaire avec l'Université de Sherbrooke ou d'autres universités québécoises, en lien avec l'organisation visée par la région en matière de services spécialisés et surspécialisés.
- S'assurer que les affiliations universitaires soient des leviers pour favoriser le développement de l'expertise et le rayonnement du réseau de santé régional, entre autres, par :
  - ~ la garantie de services de qualité à la fine pointe des dernières technologies;
  - ~ la révision des pratiques courantes en vue d'une nouvelle organisation de soins et services;
  - ~ le recrutement et la rétention des effectifs médicaux de la région;
  - ~ le recours au réseau régional comme lieu de stage pour les étudiants en médecine.
- Demander au Ministère de désigner le CHRTR à titre d'institut universitaire pour certaines disciplines de pointe telles la néphrologie et la radio-oncologie.

Le développement d'affiliations pour diverses catégories d'établissement du réseau

La Régie régionale s'engage à :

- Encourager l'implication des établissements à vocation régionale dans la recherche et appuyer leur volonté de s'associer de près au monde de l'enseignement et de la recherche.
- Soutenir les établissements dans leurs aspirations en regard d'affiliations universitaires, soit en termes d'institut, tel que souhaité par le CSDI, soit en regard d'autres types d'affiliation universitaire.
- Favoriser l'utilisation du réseau régional comme lieu de stage pour les étudiants universitaires et ce, dans toutes les catégories d'établissement.
- Conclure avec l'Université du Québec à Trois-Rivières, d'ici septembre 1999, un accord cadre de partenariat.

3.2 Les effectifs médicaux

3.2.1 La pénurie d'effectifs

Suite à la transformation du réseau et à la reconfiguration des établissements, les nouvelles réalités commandent de revoir l'organisation régionale des services médicaux. Cela est d'autant plus nécessaire que la Mauricie et le Centre-du-Québec, enclavée entre trois régions universitaires, est l'une des plus pauvres en termes d'effectifs médicaux au Québec. C'est particulièrement le cas en médecine générale, en psychiatrie et dans plusieurs autres spécialités.

La Mauricie et le Centre-du-Québec est l'une des régions les plus pauvres en termes d'effectifs médicaux au Québec.

C'est ce que démontre, entre autres, le fichier de la rémunération des médecins de la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ), pour la période du 1er octobre 1997 au 31 mars 1998. Ainsi, ce fichier indique que la consommation réelle de services cliniques par la population de la région 04, exprimée en équivalents temps plein (ETP) de médecins, s'est élevée à 733,41, alors que la consommation attendue de la population de la région aurait dû être de 850,04 ETP. Cela donne un indice d'accès de 0,86, ce qui signifie que la population de la région a consommé 86 % des services cliniques médicaux qu'elle aurait normalement consommés si elle avait eu accès et consommé les services médicaux comme la moyenne des habitants du Québec. Cet indice d'accès place la Mauricie et le Centre-du-Québec au dix-huitième et dernier rang des régions du Québec. Il se compare à des indices d'accès variant de 1,06 à 1,11 dans les trois régions universitaires, de 0,92 à 1,06 dans les régions périphériques de Montréal et de Québec et même de 0,90 à 1,43 dans les régions éloignées.

La situation est sensiblement la même lorsque sont comparés la consommation attendue de la région, 850,04 ETP de médecins, et le nombre de médecins installés dans la région, soit 656,22 ETP. Cela donne un indice de répartition des médecins de 0,77. C'est donc dire que le nombre de médecins disponibles en Mauricie et au Centre-du-Québec correspondait à 77 % de la consommation attendue de la population, exprimée en ETP de médecins. À ce chapitre, la région sociosanitaire 04 se classe quatorzième sur dix-huit régions, ne devançant que les régions de la Montérégie, des Laurentides, du Nunavik et de Lanaudière. Ce même indice place la région 04 au dernier rang du Québec, lorsqu'il est appliqué uniquement aux médecins omnipraticiens.

Rien, depuis mars 1998, n'incite la Régie régionale à croire que la situation se soit améliorée. Bien au contraire, le programme de départs volontaires n'a fait qu'envenimer les choses, rendant la situation critique dans plusieurs spécialités et établissements.

3.2.2 Les difficultés de recrutement

En effet, les difficultés de la plupart des établissements à recruter et à maintenir des effectifs médicaux stables demeurent entières. De plus, cette situation rend précaires les conditions de travail chez plusieurs médecins en place.

Le recrutement est sous la responsabilité des établissements avec le concours direct des médecins des établissements. Pour sa part, la concertation à ce chapitre entre établissements en est à ses débuts. Les attentes pour une action concertée régionale sont fortes. D'autre part, des mesures pour combler temporairement le manque d'effectifs médicaux sont négociées entre les fédérations de médecins et le Ministère, à la demande de la Régie régionale et des établissements. Ce mécanisme n'assure toutefois pas tous les services médicaux requis et n'offre pas de solutions permanentes.

En lien avec les problèmes persistants de recrutement et de rétention des médecins, la Régie régionale constate aussi la présence grandissante de pratiques de surenchère utilisées par certains établissements du Québec, à l'effet d'offrir à des

médecins divers avantages financiers en sus de ce qui est normalement prévu. De l'avis de la Régie régionale, il s'agit d'une pratique qui pourrait être évitée si les régions disposaient de leviers adéquats.

3.2.3 L'organisation des services médicaux

Sous l'angle de la répartition des effectifs médicaux, il est essentiel que les médecins participent activement et de façon soutenue aux activités de planification et d'organisation des services. À cet égard, la Commission médicale régionale (CMR) joue un rôle conseil important dans l'allocation des effectifs médicaux pour chacun des établissements de la région et la mise en place du plan régional d'organisation des services médicaux.

De plus, les récentes modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux entraînent la création d'un Département régional de médecine générale (DRMG) sous l'autorité de chaque régie régionale. Le DRMG de la Mauricie et du Centre-du-Québec comprendra tous les omnipraticiens de la région qui sont rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Un comité de direction représentera les omnipraticiens et nommera un chef du DRMG. Parmi les responsabilités du DRMG, il est mentionné qu'il doit faire des recommandations sur les plans régionaux d'effectifs médicaux omnipraticiens et les opérationnaliser, définir et appliquer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux, définir un réseau d'accessibilité pour favoriser l'organisation locale des soins médicaux généraux, faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières, évaluer l'atteinte des objectifs des plans susmentionnés. Le DRMG devra avoir le souci que les services soient rendus en conformité avec les orientations du plan de consolidation, que les dynamiques territoriales soient prises en compte de même que les règles encadrant l'autonomie des professionnels. Les liens et rôles respectifs du DRMG et de la CMR devront faire l'objet de clarifications au fur et à mesure de l'implantation du DRMG par la Régie régionale.

La Régie régionale considère que l'instauration du DRMG peut contribuer de façon significative à une amélioration de la situation. Mais, elle apparaît insuffisante à moins que des moyens complémentaires ne soient mis à la disposition de la Régie régionale et du chef du DRMG. La présence d'un DRMG ne règle pas non plus les problèmes de répartition interrégionale et ne touche pas aux problématiques qui concernent les médecins spécialistes.

Bref, la problématique de la pénurie et de la répartition des effectifs médicaux s'avère très préoccupante en Mauricie et au Centre-du-Québec. De même, plusieurs indices amènent à penser que la situation va aller en s'aggravant si des solutions concrètes et durables ne sont pas trouvées à court terme. Faute de quoi, c'est la transformation du réseau et l'accès à des services médicaux adéquats pour la population qui seront en péril.

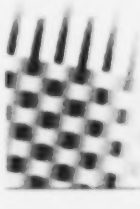
Or la Régie régionale reconnaît la volonté et les gestes concrets posés jusqu'à maintenant par les intervenants de la région pour mieux articuler le dossier des effectifs médicaux. Mais, elle constate du même souffle que cela ne suffit pas et qu'elle-même ne dispose pas de leviers suffisants pour réduire la pénurie de médecins ou pour corriger les inégalités dans leur répartition.

Il revient d'abord au Ministère de prendre les dispositions nécessaires pour que la région puisse compter sur des moyens efficaces et durables permettant le recrutement, la rétention et la répartition des effectifs médicaux en quantité adéquate.

Les mesures préconisées

La Régie régionale entend :

- Exiger du gouvernement un débat public sur l'ensemble de la problématique de l'accès aux services médicaux au Québec, notamment en ce qui concerne les mécanismes régissant leur installation et leur répartition, les mécanismes d'incitation et de rémunération ainsi que la planification des effectifs afin de les adapter et de les ajuster en fonction des besoins de la population.
- Obtenir du Ministère des leviers accrus pour assurer l'autosuffisance et l'équité territoriale en ressources médicales (ex. : décentralisation d'une partie du budget de la RAMQ).
- Tant que les résultats du débat public sur l'accès aux services médicaux n'assureront pas une répartition équitable des effectifs médicaux, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec devra être reconnue comme région éloignée au chapitre des mesures incitatives pour le recrutement dans certaines spécialités.
- Envisager une couverture intrarégionale par certaines équipes de spécialistes déjà bien constituées. Les négociations en cours avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec concernant la rémunération de forfaits réseaux favorisaient cette approche.



- Opérationnaliser dans les meilleurs délais et garantir une place stratégique au sein de la Régie régionale au DRMG.
- Obtenir du Ministère des moyens financiers afin que la Régie régionale puisse soutenir adéquatement le fonctionnement et les travaux du DRMG.
- Favoriser le développement d'une stratégie régionale proactive et énergique de recrutement et de rétention des médecins, laquelle serait assurée par l'ensemble des établissements avec la participation de la Régie régionale.
- Mettre en place le plan régional d'organisation des services médicaux. Ce plan doit s'inscrire dans la lignée du plan de consolidation et des orientations ministérielles.
- Soutenir les travaux des comités tripartites (CMR, Régie, réseau) que sont le Comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés et le Comité de gestion des effectifs médicaux de première ligne.

3.3 La santé publique

Au cours des prochaines années, la Régie régionale entend accentuer ses efforts afin de soutenir le développement de continuums de services qui intègrent des activités de promotion et de prévention, en regard des sept priorités nationales de santé publique ou d'autres problématiques priorisées régionalement. Certaines activités sont déjà intégrées à d'autres programmes et seront traitées plus loin. C'est le cas notamment du dépistage du cancer du sein (programme de lutte contre le cancer), des activités en regard du suicide (santé mentale), des activités concernant les enfants et les jeunes, les personnes âgées et les personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie. Par ailleurs, les activités ayant trait aux communautés et à la violence faite aux femmes ont été abordées précédemment.

Ce souci d'intégration des activités de promotion et de prévention apparaît essentiel. Toutefois, il faut prendre en considération certaines contributions, responsabilités ou secteurs d'activités qui n'ont pu, encore à ce stade-ci, trouver place dans les programmes clientèles traditionnels de la Régie régionale. Voici donc, à titre indicatif, des champs d'activités pour lesquels des interventions reconnues efficaces ou prometteuses feront l'objet de consolidation au cours des trois prochaines années :

- Le développement de milieux sains et sécuritaires.
- Le soutien aux interventions cliniques préventives.
- La protection de la santé de la population.
- La planification des mesures d'urgence.

Les actions en regard de ces derniers champs d'intervention sont portées conjointement par la Régie régionale, les CLSC, la CSST, les organismes communautaires, les médecins exerçant en cabinet privé ou par d'autres partenaires intersectoriels.

3.3.1 Le développement de milieux sains et sécuritaires

L'individu exerce ses activités au sein de divers milieux qui conditionnent en grande partie son mode de vie, ses habitudes, son comportement et qui déterminent ses conditions de vie. À titre d'exemple, pour développer des milieux sains et sécuritaires, les entreprises sont encouragées à prendre en charge la santé globale des travailleurs et ce, en lien avec les objectifs de santé publique pour la population adulte en milieu de travail. Ce type de démarche viendra accroître la collaboration déjà existante avec la CSST, réalisée dans le cadre de la mise en application du programme de santé au travail. Il s'avère donc possible, par une action sur les milieux, d'influencer la santé et le bien-être.

Les mesures préconisées

Pour favoriser le développement de milieux sains et sécuritaires, la Régie régionale entend :

- Faire la promotion de *Villes et villages en santé*, d'*Équipes écoles en santé* et d'un *programme concernant le milieux de travail en santé*.
- Accentuer la prévention des risques qu'ils soient de nature biologique, physique ou chimique, d'origine naturelle ou liés à l'activité humaine.
- Soutenir le développement de contextes favorables à la pratique de l'activité physique et à l'adoption de saines habitudes alimentaires.
- Promouvoir la sécurité et la prévention des traumatismes.

3.3.2 Le soutien aux interventions cliniques préventives

Ces interventions incluent le counselling, le dépistage et l'immunisation. Elles peuvent s'illustrer par de multiples exemples tels que le dépistage

du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein, la mise à jour de l'immunisation des adultes (diphtérie, tétanos, hépatite B), le counselling préventif et le dépistage pour les femmes enceintes ou en âge de procréer, la prévention et la cessation du tabagisme, la promotion de la santé dentaire, la promotion de l'immunisation contre l'influenza et le pneumocoque dans les milieux de vie et de loisirs des personnes à risque, le dépistage et le counselling en regard des MTS et du VIH auxquels s'ajoute la notification aux partenaires en regard des MTS.

Les mesures préconisées

Pour soutenir ces interventions, la Régie régionale entend :

- Participer à l'élaboration et à la promotion de protocoles, de guides de pratiques cliniques préventives, de guides de prévention, de recommandations et d'outils d'éducation à la santé et de dépistage qui supportent les interventions des professionnels du réseau et des partenaires.
- Mettre en place des activités ou conditions facilitant l'appropriation de ces outils par les professionnels et partenaires : activités de formation médicale continue, mise en place de supports informatiques, mécanismes de rétroaction, etc.

3.3.3 La protection de la santé de la population

En plus de son intention d'accentuer le virage en faveur de la promotion de la santé et de la prévention des problèmes sociaux et de santé, la Régie régionale compte s'assurer de la consolidation des activités de protection de la santé publique à l'intérieur de la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Le directeur de santé publique à la Régie régionale est tenu d'informer la population sur les facteurs de risque auxquels elle est exposée, d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de veiller à la mise en place des mesures de protection requises. Pour réaliser ce mandat, des équipes en maladies infectieuses et en santé environnementale s'occupent des demandes quotidiennes qui leur sont adressées et assument une réponse par le biais d'activités d'information, d'enquête, d'intervention et de suivi, de même que par le fonctionnement d'un service d'urgence 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

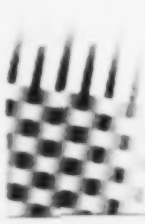
De plus, en fonction de la connaissance des risques présents sur le territoire et des contaminants ou agents pathogènes pour lesquels il existe des interventions efficaces de contrôle et de prévention, des activités sont réalisées dans le réseau ou auprès des partenaires intersectoriels pour mettre en place ces mesures.

Alors que l'équipe régionale en maladies infectieuses peut compter, selon le territoire, sur des ressources humaines en CLSC en appui à l'action régionale, la réponse aux problématiques de santé environnementale est organisée exclusivement sur une base régionale. Un ensemble d'intervenants privés, publics ou gouvernementaux (ministère de l'Environnement et de la Faune, municipalités, Régie du logement, industries, etc.) sont interpellés par les problématiques de santé liées à l'environnement. Il importe donc de s'assurer de bien identifier les responsabilités locales et régionales eu égard à la protection de la santé publique et de mettre en place les conditions optimales de réalisation de l'ensemble des activités.

Les mesures préconisées

La Régie régionale entend donc :

- Réaliser, d'ici la fin de l'automne 1999, des travaux afin de mieux définir les responsabilités régionales et locales en matière de santé environnementale, identifier le niveau de ressources optimales et assurer la mise en place des mécanismes de liaison et de concertation requis. Ces activités s'appuieront sur la consolidation d'un système de surveillance des risques environnementaux à la santé par le biais du rehaussement des infrastructures technologiques nécessaires.
- Identifier, pour le volet des maladies infectieuses, les ressources humaines nécessaires pour la réalisation de l'ensemble des activités de protection et ce, d'ici la fin de l'automne 1999. Les responsabilités locales et régionales seront également précisées.
- Réaliser des travaux afin de consolider les systèmes de surveillance des maladies et des intoxications à déclaration obligatoire.
- S'assurer que les relevés des niveaux de radioactivité pour la centrale nucléaire de Gentilly 2, soient faits selon la périodicité requise et répondent aux normes et standards de qualité régissant ce domaine.



3.3.4 La planification des mesures d'urgence

La Régie régionale est impliquée dans la planification des mesures d'urgences pouvant toucher la population qu'elles soient d'origine naturelle (verglas, inondations) ou technologique (déversements ou fuites de produits toxiques). À ce titre, la Régie régionale participe au Comité régional de sécurité civile (CRSC) qui regroupe l'ensemble des ministères et organismes impliqués dans la réponse à ces urgences (ministère de l'Environnement et de la Faune, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, la Sûreté du Québec, etc.).

Depuis 1993, l'Organisation régionale de la sécurité civile, qui est la partie opérationnelle du CRSC, procède à une révision en profondeur du Plan des mesures d'urgence nucléaire externe à la centrale nucléaire Gentilly 2. La phase 1 de cette révision s'est terminée en 1996 et consistait à définir les bases de la planification et un plan directeur. Une phase 2, qui s'est amorcée en juin 1998 et devrait se poursuivre jusqu'en mai 2001, permettra d'élaborer l'ensemble des procédures opérationnelles de ce plan, de mettre sur pied un programme et des activités de formation des intervenants d'urgence impliqués et de préparer un programme d'information à la population.

Le plan d'urgence nucléaire doit s'appuyer sur un plan de base solide. En effet, en plus du Plan régional d'organisation des mesures d'urgence (PROMU) qui se veut davantage un plan de coordination macroscopique des mesures d'urgence, la Régie régionale se doit de développer un plan plus spécifique pour soutenir les interventions relevant de son personnel. La crise du verglas de janvier 1998 a permis de mettre en évidence ce besoin. L'élaboration du Plan des mesures d'urgence de la Régie régionale s'est donc mise en branle et précédera l'incorporation des modalités spécifiques reliées au risque nucléaire.

Les trois volets couverts par la Régie régionale, soit la santé physique, la santé publique et le volet psychosocial, font partie de cette planification d'urgence et le personnel concerné sera mis à contribution pour l'élaboration du plan. Ce dernier sera également harmonisé avec celui des établissements du réseau, à travers le PROMU.

Les mesures préconisées

- Réviser le plan régional de l'organisation des mesures d'urgence (PROMU) et ce, en collaboration avec les établissements dans une approche territoriale.
- Prévoir avec les établissements une révision complète de leur plan d'urgence, compte tenu des modifications des structures du plan de transformation, du passage à l'an 2000 et des suites de la crise du verglas.

En ce qui concerne le plan d'urgence nucléaire, la Régie régionale entend Ù:

- Élaborer l'ensemble des procédures opérationnelles de ce plan.
- Offrir des activités de formation à l'ensemble du personnel du réseau impliqué dans l'intervention d'urgence en relation avec ce risque (ambulanciers, personnel d'urgence des hôpitaux, personnel de la Régie régionale et des CLSC, etc.). Ces activités sont planifiées pour le second trimestre de l'an 2000.
- Mettre sur pied, pour la population, un programme d'information sur le plan d'urgence nucléaire dans la dernière partie du projet, soit en 2001, en mettant à contribution les partenaires du réseau.

3.4 La santé physique

Avant d'aborder les enjeux et les stratégies concernant les services de santé physique, il convient de rappeler certains changements majeurs vécus depuis le plan de transformation de 1996.

Structurellement, la région est passée de dix à quatre centres hospitaliers, par fusion d'établissements et révision des services offerts. En plus des centres situés à Drummondville, Shawinigan, Trois-Rivières et Victoriaville, la région compte un établissement multivocationnel à La Tuque qui a conservé une mission hospitalière significative et quatre autres établissements multivocationnels qui ont aussi conservé certains services de type hospitalier. Le nombre de lits dressés en santé physique est passé de 1 300 en 1995-1996 à 982 en 1997-1998, soit une réduction de 25 %. Cela amène la région à un ratio de lits par 1 000 habitants légèrement inférieur à 2,0. Financièrement, le programme santé physique a fourni 45 % des sommes servant à des réallocations intrarégionales vers d'autres programmes clientèles, en plus de sa contribution à l'assainissement des finances publiques.

Pourtant, la performance des centres hospitaliers s'est accrue. À titre d'exemple, le nombre d'hospitalisations est passé de 43 950 en 1995-1996 à 45 313 en 1997-1998, une hausse de 3 %. Alors que la cible du plan de transformation de 1996 était de 7,0 jours, la durée moyenne des séjours

Tableau 2 : **Les services de santé physique qui devraient être disponibles sur une base territoriale**

Services offerts en établissements ou en cabinets privés	Services offerts à domicile	Services préhospitaliers d'urgence
Service Info-santé	Services médicaux	Traitement des appels pour ambulance
Services médicaux avec ou sans rendez-vous	Services de soins infirmiers	Premiers répondants auprès de la personne
Services de soins infirmiers	Services de réadaptation	Transport et soins ambulanciers
Urgence mineure	Services spécialisés (ex. : inhalothérapie, antibiothérapie à domicile, programme clientèle spécifique)	Encadrement médical
24 heures/7 jours		
Accessibilité à des services diagnostiques		
Accessibilité à des services thérapeutiques de base (ex. : inhalothérapie, physiothérapie)		
Service de promotion et de prévention		

dans les quatre centres hospitaliers et au Carrefour de la Saint-Maurice est passée de 7,3 jours en 1995-1996 à 6,5 jours en 1997-1998, oscillant entre 5,6 et 7,5 jours selon les établissements en cause. Il s'agit d'une amélioration de 11 %. La Mauricie et le Centre-du-Québec a aussi atteint la proportion d'interventions en chirurgie d'un jour la plus élevée au Québec. Pendant cette même période, le service Info-santé s'est développé considérablement et offre une performance enviable en ce qui concerne les délais d'attente.

C'est donc dire que les centres hospitaliers ont résolument mis en œuvre les orientations de 1996 et atteint des résultats fort intéressants, malgré les nombreuses contraintes. De même, les établissements ayant vécu des fusions et les CLSC ont contribué significativement au virage ambulatoire.

Cela dit, la région doit accentuer ses efforts en regard de trois grands enjeux : d'une part, la disponibilité et l'accessibilité de tous les services possibles dans chacun des territoires, d'autre part, la mise en place d'un réseau intégré de services en santé physique qui responsabilise de façon conjointe et solidaire les établissements, les cliniques privées et les partenaires et, enfin, l'organisation des effectifs médicaux.

Ces trois enjeux transcendent tous les services de santé physique et sont omniprésents à la fois en regard des services de base et des services spécialisés.

3.4.1 Les services de base en santé physique

Les services de base sont ceux offerts dans chaque territoire par les CLSC et les cabinets privés. À ceux-ci, s'ajoutent certains services dispensés localement par les centres hospitaliers. Certains établissements locaux ont conservé, suite à la transformation de 1996, des services de type hospitalier qui ne sont pas considérés comme des services de base.

Les services de base sont très souvent le premier point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ceux-ci doivent être accessibles à tous, 24 heures par jour, 7 jours par semaine et être disponibles à proximité du milieu de vie des personnes. De plus, ces services peuvent être de nature préventive, diagnostique, curative, de réadaptation et même palliative. De plus, chaque territoire a des services préhospitaliers d'urgence.

Selon le rapport du Groupe d'analyse de l'impact du virage ambulatoire sur les services en CLSC (GAIVA, décembre 1997), plusieurs changements ont été réalisés et donnent d'excellents résultats. À titre d'exemple, les visites effectuées dans les

CLSC ont permis de constater une amélioration appréciable de l'accessibilité aux services, notamment par l'allongement de la plage horaire et par le service Info-santé. Le service Info-santé répond rapidement à tout citoyen pour un besoin d'information, de consultation ou d'orientation par rapport à un problème de santé ou à caractère social. Aussi, les activités de maintien à domicile ont augmenté dans tous les CLSC. Ces services sont interpellés de façon particulière dans le cadre du virage ambulatoire. Les intervenants ont donc révisé leur mode de pratique et se sont préparés à répondre à des cas plus complexes.

La Régie régionale entend favoriser la mise en place d'un réseau intégré de services en santé physique qui responsabilise de façon conjointe et solidaire les établissements, les cliniques privées et les partenaires dans la prise en charge de la population.

En ce qui concerne les services préhospitaliers d'urgence, la Régie régionale constate des inégalités de couverture de territoire par les services ambulanciers. De plus, le développement d'un centre régional de coordination des appels, le monitorage et le contrôle de la qualité des interventions demeurent des activités difficiles à réaliser dans le cadre législatif actuel.

Les mesures préconisées

Dans un tel contexte, la Régie régionale doit :

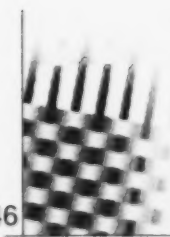
- S'assurer que le CLSC de chaque territoire :
  - Prenne en charge sa population et s'assure de la présence territoriale d'un réseau de services intégrés et accessibles.
  - Devienne le pivot de l'organisation des services intégrés sur une base locale pour l'obtention des services de santé physique.
  - Permette une distribution des services le plus près possible du milieu de vie des personnes, comprenant un soutien adéquat aux familles et aux proches.
- S'assurer que les établissements et professionnels de chaque territoire de CLSC mettent l'accent sur :
  - Le renforcement des services de base.
  - L'articulation entre les différents niveaux de services et la concertation des partenaires; ces éléments étant la garantie d'accessibilité et de continuité des soins et des services de qualité.

En plus d'affirmer l'importance du CLSC comme pilier de l'organisation des services, il faudra :

- Consolider la performance du service Info-santé, notamment en s'assurant que le délai d'attente ne dépasse pas deux minutes. Il faut également garder le cap sur la mission de base de ce service qui est de répondre à un besoin immédiat d'information ou de conseil pour un problème de santé ou à caractère social.
- Améliorer l'accès aux services courants médicaux et de soins infirmiers par :
  - La mise en place d'un projet médical concerté dans chaque territoire de CLSC. Il devra y avoir, à cet égard, une concertation de tous les partenaires (CH, CHSLD, CLSC et cabinets privés) afin de tenir compte des besoins identifiés et des ressources existantes sur le territoire.
  - La mise en place de services courants de soins infirmiers pour la clientèle ambulatoire, en s'assurant que les rôles du personnel infirmier et du personnel médical soient respectés et complémentaires.
- S'assurer que les services pharmaceutiques de la communauté fassent partie intégrante de l'organisation locale des services. Donner des orientations en regard de l'organisation des services pharmaceutiques en CH, CLSC et en CHSLD qui tiendront compte du virage ambulatoire et des résultats des travaux en cours au provincial.
- Consolider et augmenter l'accès aux services à domicile dans le cadre du virage ambulatoire par :
  - Des mécanismes de réponse rapide et sans délai lorsque le requièrent les besoins du client.
  - Des procédures de référence et de prise en charge simples en impliquant les médecins dans les équipes de maintien à domicile.

Suite au dépôt en février 1999 des recommandations du Vérificateur général du Québec, la Régie régionale entend pour les services préhospitaliers d'urgence :

- Souscrire, avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, à la révision de l'organisation des services et au rehaussement de la formation des intervenants en préhospitalier d'urgence.
- Poursuivre la formation de réanimation cardiorespiratoire (RCR) en milieu scolaire et le développement du réseau des premiers répondants dans toute la région.



Les indicateurs de mesures pour les services de base

- Le délai d'attente moyen des appels inférieur à deux minutes (Info-santé).
- L'accessibilité aux services courants.
- Le nombre et la catégorie des plaintes de la clientèle.
- L'évaluation de la satisfaction de la clientèle en regard de l'accès aux services (la disponibilité du service et le délai d'attente), du mode de dispensation des services ambulatoires, de la continuité des services et de la qualité.

3.4.2 Les services spécialisés et surspécialisés

Les services spécialisés et surspécialisés sont offerts en complément aux services de base et fournissent une réponse aux personnes aux prises avec des problèmes de santé physique qui ne peuvent être résolus en première ligne. Ces services couvrent un large spectre d'interventions. Généralement, soit ils font appel à une main-d'œuvre spécialisée, soit ils nécessitent un plateau technologique, des fournitures et des médicaments coûteux ou encore ils commandent la constitution d'une masse critique en termes de réponse efficiente et efficace à des besoins spécifiques de services. Ces services sont indispensables et leur consolidation éviterait à une partie de la population de devoir se déplacer en dehors de la région pour les obtenir.

En santé physique, les services spécialisés sont offerts par quatre centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Ce sont le Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (CHCM), le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR), l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska et l'Hôpital Sainte-Croix. Le CHRTR a aussi la responsabilité de mandats régionaux spécifiques dans certaines spécialités et surspécialités, dont la néphrologie, la neurochirurgie et la cancérologie. Un établissement local, le Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice offre aussi des activités hospitalières à la population du Haut-Saint-Maurice. De plus, suite au plan de transformation de 1996, les établissements suivants ont conservé certains services de santé physique de type hospitalier, le Regroupement Cloutier-du Rivage, le Regroupement de la santé et des services sociaux de la MRC de Maskinongé, le Complexe Santé et Services Sociaux Nicolet-Yamaska et le CHSLD du Centre Mauricie (site Grand-Mère).

Tel que mentionné précédemment, beaucoup de changements ont été réalisés depuis 1996, avec d'excellents résultats. Par contre, l'expérience des dernières années met en lumière que les changements amorcés ne sont pas terminés. Les CHSGS de la région ne peuvent plus travailler de façon isolée. Ils doivent de plus en plus s'associer afin de développer des stratégies communes par rap-

Tableau 3 : **Services de santé physique spécialisés et surspécialisés dans la région et hors région**

Services spécialisés dans la région	Services surspécialisés dans la région	Services surspécialisés hors région
Urgence	Dialyse rénale	Services surspécialisés pour les enfants (la pédiatrie tertiaire)
Investigations diagnostiques (ex. : radiologie, laboratoire, etc.)	Neurochirurgie	Services aux grands brûlés
Hospitalisation	Radiothérapie (fin 1999)	Les blessés médullaires (moëlle osseuse)
Chirurgie d'un jour		Services de radiothérapie pour les personnes atteintes de cancer
Médecine de jour (ex. : traitement de l'asthme, du diabète, de la douleur, traitement de chimiothérapie, etc.)		La cardiologie tertiaire (coronarographie, dilatation et pontage)
Cliniques spécialisées ambulatoires (ex. : cliniques postchirurgicales, etc.)		Les greffes (poumon, foie, cœur, rein)

port à certaines problématiques. Il existe encore des difficultés qui limitent l'autonomie de la région dans sa capacité à répondre de façon continue et *stable aux besoins de la population. Voici les prin*cipales :

- La difficulté de recruter des médecins et la rétention de ceux-ci qui demeure fragile.
- Les listes d'attente sont nombreuses en chirurgie de même que pour les services diagnostiques. Quant aux délais pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste, ils sont longs et surtout, différents d'un centre hospitalier à l'autre dans la région puisque les critères pour gérer l'accès diffèrent eux-mêmes.
- La difficulté d'organiser les « corridors de services » en Mauricie et au Centre-du-Québec et avec les régions universitaires, de même que d'actualiser les mandats régionaux du CHRTR.
- L'engorgement périodique de certaines urgences.

De plus, d'autres problématiques associées à la poursuite de la transformation sont à analyser, particulièrement :

- La rétention de la clientèle sur le plan des services spécialisés, suite à la transformation vécue dans la région.
- Les difficultés d'accès aux services dans le contexte d'un plan d'organisation transitoire pour la majorité des établissements, compte tenu de l'impact des transformations aux immeubles.
- Le requestionnement des balises de financement et le retour à l'équilibre budgétaire des établissements hospitaliers.

Les mesures préconisées

Dans un tel contexte, la Régie régionale doit :

- Confier aux quatre centres hospitaliers de la région, au Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice de même qu'aux médecins qui y travaillent, la responsabilité conjointe de répondre aux besoins de toute la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec, en matière de services spécialisés de santé physique et de santé mentale. De la sorte, il est attendu d'eux qu'ils travaillent en réseau intégré et qu'ils consolident les « corridors de services » entre eux et avec les autres établissements de la région et hors région, notamment les CLSC. Ils sont conjointement imputables de la rétention globale de la population de la région et de la desserte adéquate et comparable de la population demeurant dans les bassins naturels d'attraction de chacun des quatre CH et, en tenant compte de sa situation *particulière, du bassin du Carrefour de santé* et de services sociaux de la Saint-Maurice. L'exercice de cette responsabilité doit se concrétiser en prenant en considération le maintien, suite à la transformation de 1996, de certains services de type hospitalier dans des établissements en périphérie de Trois-Rivières et à Grand-Mère.
- Convenir avec les établissements concernés et l'implication des médecins de l'organisation des services permettant une desserte optimale en tenant compte des bassins naturels d'attraction des populations, de la contribution des établissements qui ont conservé des services de type hospitalier et des mandats spécifiques du CHRTR. Cette démarche vise, dans la mesure du possible, à assurer un accès rapide et équitable aux services spécialisés et surspécialisés, partout dans la région et le plus près possible du milieu de vie des citoyens.
- Préciser le mandat et le nombre de lits de courte durée en lien avec le programme aux personnes âgées dans les établissements suivants : Regroupement Cloutier-du Rivage, Regroupement de la santé et des services sociaux de la MRC de Maskinongé, Complexe Santé et Services Sociaux Nicolet-Yamaska et CHSLD du Centre Mauricie (site Grand-Mère).
- Coordonner le développement de la télémédecine et la mise en commun de certains services diagnostiques.
- Faire preuve de vigilance, en collaboration avec les régies régionales concernées, afin que les mécanismes de référence et d'accueil vers les centres universitaires assurent un accès équitable et efficace aux usagers de la Mauricie et du Centre-du-Québec et prennent en considération le degré d'urgence de chaque situation.
- Favoriser, en région, après étude des besoins de la population et en collaboration avec les établissements de la région et le Ministère, l'ajout de certains services surspécialisés actuellement disponibles au national et le développement de nouveaux services en haute technologie en lien avec l'organisation des services surspécialisés.
- Coordonner les activités relatives au fonctionnement des réseaux de services intégrés et renforcer les services spécialisés et surspécialisés, notamment dans les six champs suivants :

- l'accessibilité aux services chirurgicaux, médicaux, diagnostiques et théra-peutiques;
- l'accessibilité aux services d'urgence;
- *le système intégré de traumatologie;*
- le programme de lutte contre le cancer;
- le programme ambulatoire des services spécialisés;
- la dialyse rénale.

L'accessibilité aux services chirurgicaux, médicaux, diagnostiques et thérapeutiques

La situation en regard des listes d'attente en chirurgie, à la grandeur de la province, est inquiétante en termes d'accessibilité aux services spécialisés et surspécialisés. Dans la région, les plus longues listes d'attente se retrouvent en orthopédie, en ophtalmologie et dans certains services diagnostiques.

La Régie régionale entend mettre en place une série de mesures dans le but d'utiliser de façon optimale les ressources hospitalières pour les chirurgies et les services diagnostiques. L'usage approprié des lits et des salles d'opération en fonction des besoins des clientèles fera partie des mesures implantées en collaboration avec les centres hospitaliers et les médecins impliqués.

Les mesures préconisées

La Régie régionale entend :

- Conduire des travaux afin d'améliorer l'accès aux services chirurgicaux, médicaux, thérapeutiques et diagnostiques et ce, en tenant compte des travaux présentement en cours provincialement. Ces travaux devront, entre autres, identifier des objectifs de résultats en termes de délais moyens et de délais maxima d'attente pour la chirurgie.
- Mettre en place un système d'information dans les quatre CHSGS pour assurer le monitorage des listes d'attente.

L'accessibilité aux services d'urgence

Le phénomène de l'engorgement des urgences au Québec est apparu dans les années 1970 et diverses mesures ont été prises en vue de corriger cette situation. Mais de façon récurrente, cette situation réapparaît presque à chaque année durant certaines périodes spécifiques. Il est bien connu que l'urgence est un endroit névralgique et son fonctionnement adéquat dépend de nombreux facteurs. L'hiver 1999 a été marqué par un épisode d'engorgement au cours duquel la Régie régionale a mis en place et géré, en collaboration avec les établissements et les transporteurs ambulanciers, un plan de contingence et de communication qui s'est avéré efficace.

La mesure préconisée

- Dans la perspective d'une gestion proactive et en prenant appui sur l'expérience de l'hiver 1999, la Régie régionale entend planifier à l'avance, en collaboration avec les établissements, la gestion tant locale que régionale des périodes d'achalandage importantes afin d'améliorer l'accès aux services d'urgence en période de pointe.

Le système intégré de soins en traumatologie

Par la *Politique de la santé et du bien-être*, le Ministère vise à réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives ou sportives et ce, d'ici l'an 2002. Pour atteindre cet objectif, la Régie régionale entend maintenir ses efforts pour promouvoir la sécurité et prévenir les traumatismes. Du côté des services spécialisés, la stratégie d'action est de consolider le système de soins intégrés en traumatologie, dont la responsabilité principale est de fournir aux clientèles victimes de traumatismes sévères toute l'expertise médicale reconnue dans ce genre d'intervention et ce, dans des délais les plus courts possible.

Les mesures préconisées

- Mettre en place un comité régional de traumatologie mandaté pour assurer le suivi des recommandations du groupe d'experts en traumatologie.
- Établir des « corridors de services » interétablissements dans la région avec le CHRTR et d'autres régions.
- S'assurer que des critères rigoureux de qualité d'intervention, d'évaluation des victimes de traumatismes et de formation du personnel œuvrant dans le secteur préhospitalier soient en place dans la région.

Le programme de lutte contre le cancer

Le programme de lutte contre le cancer vise la création d'un véritable réseau intégré de lutte contre le cancer. Celui-ci doit permettre de consolider les liens déjà existants de même que les effectifs, les actions et les investissements consacrés à

cette lutte et ce, avec la participation de l'ensemble des personnes touchées par cette problématique.

Les mesures préconisées

- Mettre sur pied un comité régional de lutte contre le cancer et, pour ce faire, reconnaître la contribution de la Table régionale de concertation en cancérologie qui existe déjà depuis 1996.
- Mettre en place des conditions assurant l'amélioration continue du programme régional de dépistage du cancer du sein.
- Implanter, d'ici 2002, le programme régional de dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Mettre en place le service de radiothérapie au CHRTR pour la fin de 1999.

Le programme ambulatoire des services spécialisés

En association avec les centres hospitaliers et les CLSC, la Régie régionale veut mettre en commun les modalités de fonctionnement des services spécialisés dispensés actuellement par les CH, afin d'en arriver à une organisation des services qui permettra plus rapidement l'acheminement des clientèles vers des ressources plus légères.

Au cours de l'année 1998-1999, la Régie régionale, en collaboration avec les CH et les CLSC, a produit un état de situation régional des services spécialisés dispensés sur une base ambulatoire. Ce rapport recommande des orientations, des objectifs de production de services et des indicateurs de résultats, particulièrement pour quatre systèmes en santé physique jugés prioritaires. Ces quatre programmes jugés prioritaires sont rattachés respectivement aux maladies cardio-vasculaires, respiratoires, du système nerveux et aux maladies du système musquello-squelettique.

À compter de 1999-2000, il y aura élaboration et mise en œuvre graduelle des recommandations du rapport par les centres hospitaliers en collaboration avec les partenaires de leur bassin d'attraction. La consolidation du programme ambulatoire se fera par la mise en opération de projets complémentaires intégrés ou ajoutés aux activités ambulatoires et hospitalières en place.

Les mesures préconisées

- En 1999-2000, chaque centre hospitalier, avec les CLSC de son bassin d'attraction, déposera un projet commun en lien avec les recommandations du programme ambulatoire des services spécialisés.
- La Régie régionale entend finaliser la mise en place et la consolidation des centres d'enseignement aux asthmatiques. Un projet pilote régional sera conduit en regard de la gestion optimale de l'asthme, avec l'Hôpital Sainte-Croix. Ce projet vise à réduire l'achalandage à l'urgence des personnes asthmatiques et diminuer les hospitalisations.

La dialyse rénale

L'organisation des services en dialyse rénale a été consolidée financièrement par l'injection d'un montant de 1 750 000 $ entre 1996-1997 et 1998-1999, provenant de réallocations intrarégionales. Pour la période 1999-2002, la Régie régionale, en collaboration avec l'établissement et les partenaires concernés, entend mettre de l'avant les mesures suivantes :

Les mesures préconisées

- Élaborer un plan d'action qui visera à :
  - Contenir l'augmentation annuelle des personnes dialysées à moins de 5 % au cours des douze prochaines années. Cela, en augmentant le nombre de personnes dialysées qui bénéficient d'une transplantation rénale et en mettant en place des programmes de prévention, de suivi et de contrôle des maladies rénales.
  - D'ici l'an 2000, augmenter à 50 % la proportion des personnes dialysées qui bénéficient d'un mode de traitement autonome.
  - D'ici l'an 2000, atteindre une autosuffisance supérieure à 80 % en dialyse rénale.
  - D'ici l'an 2001, offrir à toutes les personnes dialysées un support équitable pour le transport, les médicaments et les services psychosociaux.
- S'assurer que le plan d'action en dialyse rénale fasse l'objet d'un monitorage.
- Développer, sous la supervision clinique du CHRTR, un point de services en dialyse rénale à l'Hôpital Sainte-Croix.
- Obtenir du Ministère les fonds nécessaires pour répondre à la progression de la demande.

Les objectifs et les indicateurs de mesures pour les services spécialisés et surspécialisés

En plus des indicateurs ayant trait à la dialyse rénale, les indicateurs d'atteinte d'objectifs de résultats sont :

- Réduire les séjours à l'urgence :
  - ~ Aucun séjour de plus de 48 heures.
  - ~ Le séjour sur une civière plus de 24 heures doit être inférieur à 15 % sur une base annuelle.
- Optimiser les durées moyennes de séjour à six jours.
- Réduire le délai moyen d'attente pour la chirurgie avec hospitalisation en conformité avec le résultat des travaux conduits régionalement sur l'organisation de ces services.
- Réduire le délai moyen d'attente à trois mois pour la chirurgie d'un jour.
- Augmenter à 70 % le taux de participation des femmes ciblées au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*.
- Réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes non intentionnels.

3.5 La santé mentale

Le consensus à la base de la *Politique de santé mentale*, qui s'appuyait notamment sur la volonté de rechercher les solutions dans le milieu de vie des personnes, reste toujours présent dans la région.

En 1992, l'adoption du *Plan régional d'organisation des services de santé mentale* prévoyait l'ajout de 10 M$ supplémentaires. Toutefois, la nécessité de procéder à l'effort d'assainissement des dépenses publiques a plutôt confronté la région à des vagues successives de réduction des dépenses compromettant, par le fait même, la réalisation de ce plan.

En 1996, le plan de transformation prévoyait un certain nombre de mesures qui ont connu un faible degré de réalisation. D'autre part, le Ministère faisait connaître ses orientations concernant l'organisation des services aux personnes autistes.

En 1997, le Ministère lançait les *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*. Ce document de consultation démontrait clairement une volonté de rapprocher l'intervention du milieu de vie, de diversifier les services et de répartir les ressources en fonction des nouvelles orientations. De plus, en 1998, le Ministère publiait sa *Stratégie québécoise d'action face au suicide*.

Enfin, toujours en 1998, le document *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* interpellait chacune des régies régionales afin qu'elles intègrent les éléments de planification nécessaires à la transformation des services de santé mentale.

Dans ce contexte, en juin 1998, la Régie régionale a fait connaître ses intentions de mobiliser l'ensemble des forces de ce secteur d'activités dans une opération de planification régionale devant conduire à l'adoption d'orientations et d'un plan d'implantation de celles-ci en mai 1999.

Ainsi, du 9 mars au 16 avril 1999, le *Projet sur les orientations régionales en santé mentale* a été mis en consultation par la Régie régionale. Compte tenu de ces échéanciers, le présent document ne pourra faire état des orientations régionales adoptées.

Les orientations soumises à la consultation

La Régie régionale propose les douze orientations suivantes :

- Agir sur les causes des problèmes de santé mentale en intensifiant les activités de prévention et de promotion.
- Mettre en place dans chacun des territoires la gamme complète des services d'intervention en situation de crise et rendre ces services accessibles 24 heures par jour et 7 jours par semaine.
- Mettre en place dans chacun des territoires la gamme complète des services de base pour les enfants et les jeunes présentant des troubles mentaux.
- Mettre en place la gamme complète des services spécialisés pour les enfants et les jeunes souffrant de troubles mentaux et la rendre accessible le plus près possible de leur milieu de vie.
- Mettre en place ou consolider les sept types de services suivants pour les personnes présentant des troubles mentaux graves :
  - ~ le suivi intensif en équipe et le suivi non intensif dans la communauté;
  - ~ les services de soutien pour la réponse aux besoins de subsistance par l'émergence du logement social subventionné;

- l'accès au traitement dans la communauté;
- les services d'hospitalisation de courte et de longue durée;
- l'organisation des services d'entraide usagers;
- l'entraide aux familles et aux proches;
- l'intégration au travail comme facteur de réinsertion.

- S'assurer de la réalisation adéquate du processus de réinsertion sociale pour l'ensemble de la clientèle de santé mentale de l'Hôpital Saint-Julien.
- Définir la nature et implanter des services de base pour les personnes souffrant de troubles transitoires ou pour celles dont la santé mentale est menacée.
- Mettre en place dans la région la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*.
- Mettre en place ou consolider la gamme complète de services pour la clientèle souffrant de troubles envahissants du développement (TED) lesquels incluent le trouble autistique, les syndromes de Rett et d'Asperger, le trouble désintégratif de l'enfance et d'autres troubles envahissants non spécifiés.
- Reconnaître l'importance de l'émergence d'un réseau structuré de ressources non institutionnelles comme milieu de vie substitut ou comme alternative à l'hospitalisation.
- Élaborer un modèle d'organisation médicale qui précise l'apport des médecins généralistes et qui propose les façons les plus judicieuses d'utiliser l'expertise des psychiatres et des pédopsychiatres exerçant dans la région, en lien avec les ressources existantes.
- Mettre en place des outils d'évaluation et un programme de recherche permettant d'identifier les besoins de la population en matière de services de santé mentale et d'évaluer l'impact des transformations sur son état de santé et de bien-être.

La transformation proposée repose sur une stratégie de réallocation budgétaire au sein de l'enveloppe globale du programme santé mentale et prévoit que 60 % des ressources investies seront disponibles dans la communauté.

Enfin, le plan d'implantation permettra de bien situer le rythme de cette transformation et déterminera les conditions précises des réallocations budgétaires, matérielles et humaines. Il fournira également des indications quant à la séquence des événements et des conditions liées à la transformation.

3.6 L'enfance, la jeunesse et la famille

Le secteur enfance-jeunesse-famille est une priorité tant régionale que provinciale. Par ce secteur, le plan de transformation de 1996 visait plusieurs volets : le renforcement du soutien aux familles de façon à favoriser le maintien du jeune dans son milieu naturel; la diminution de la pauvreté et ses conséquences sur les jeunes familles; le renforcement des services de base tant en promotion et prévention qu'en services cliniques; l'élimination des listes d'attente en protection de la jeunesse et en jeunes contrevenants. De plus, des efforts devaient être consentis afin de s'assurer que les services offerts aux jeunes en difficulté et à leur famille se donnent en continuité, de façon à éviter les ruptures de services. Le développement d'une vision globale et partagée avec tous les partenaires impliqués auprès de ces clientèles et une meilleure concertation soutenaient ces orientations.

Ainsi, bien qu'en s'inscrivant en continuité du plan de 1996, le *Plan de consolidation 1999-2002* vise aussi de nouvelles mesures. La nécessité de développer une vision globale et partagée des besoins des jeunes et des familles ainsi que des services qu'ils requièrent demeure une priorité. Il faut bien définir le continuum de services intégrés, le rendre accessible pour les enfants, les jeunes et les parents, en respectant les grandes orientations que sont la réaffirmation du virage promotion/prévention et l'accès rapide et équitable à des services de qualité, personnalisés et coordonnés.

Une attention particulière sera accordée aux personnes en situation de vulnérabilité, dont les enfants en besoin de protection. De façon plus précise, le maintien du jeune dans son milieu de vie naturel, l'action en amont des difficultés et la consolidation des liens de partenariat sectoriels et intersectoriels sont des orientations qui sont maintenues. À ce titre, les milieux scolaire, communautaire, municipal, de la petite enfance, économique, médical, judiciaire et universitaire sont plus que jamais des collaborateurs essentiels à l'atteinte des objectifs. La Régie régionale s'engage à soutenir cette concertation.

Les orientations nationales sont maintenant connues. Elles ont été énoncées à travers différents rapports : *Agissons en complices* du Comité jeunesse, le rapport Lebon du Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse, *Agir ensemble pour la santé et le bien-être des enfants et des adolescents* du Conseil des directeurs de santé publique. De la même façon que les parte-

naires jeunesse l'ont noté lors de la consultation sur le projet de consolidation, ces orientations confirment l'importance de mettre en lumière la protection de la jeunesse et l'intervention auprès des jeunes contrevenants dans les mesures préconisées. Dans ce sens, l'ensemble des partenaires, tant du réseau que des autres secteurs, partage la responsabilité collective de s'assurer que tous les enfants et les jeunes en besoin de protection reçoivent les services requis par leur situation, que ceux-ci leur soient accessibles dans les délais requis et que les partenaires impliqués dans ces services se coordonnent entre eux.

Par ailleurs, entre les cinq districts judiciaires desservant la région, la Régie régionale constate une forte disparité dans la nature des décisions qui sont prises par les juges en matière des droits de la jeunesse. Ainsi, dans certains districts, le taux de judiciarisation des jeunes est élevé et il y a un recours fréquent à la mise sous garde. Alors que dans d'autres districts, les décisions rendues font appel à un éventail de mesures plus diversifiées et impliquent un plus grand nombre d'acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et d'autres secteurs. Ce phénomène entraîne une pression inégale sur le réseau de la santé et des services sociaux et une disparité dans l'offre de services en fonction des territoires.

Dans la foulée du rapport *Agissons en complices*, qui contient les orientations ministérielles en ce qui a trait à l'organisation des services aux jeunes, le Ministère entend conduire au Québec deux projets pilotes d'équipe jeunesse intégrée. En Mauricie et au Centre-du-Québec, le milieu scolaire, les Centres jeunesse et certains CLSC, auxquels se greffront éventuellement des organismes communautaires et d'autres partenaires, sont déjà fortement engagés dans la mise en place d'une telle équipe. De l'avis de la Régie régionale, il y a dans certains territoires de la Mauricie et du Centre-du-Québec, les conditions de succès nécessaires pouvant conduire à l'un de ces deux projets pilotes. De plus, les travaux du rapport *Agissons en complices* ont été présidés par le directeur général des Centres jeunesse de la région, ce qui s'avère une condition favorable.

Les mesures préconisées

La Régie régionale entend, avec l'implication active des partenaires du réseau et des autres secteurs d'activités :

- Élaborer un plan d'action régional avec une vision globale qui intègre les diverses orientations nationales, qui définit le continuum de services à mettre en place dans les territoires, qui précise les rôles attendus de chacun des partenaires, tant du réseau de la santé et des services sociaux que du milieu communautaire, et qui prévoit les mécanismes de collaboration favorisant l'accès et la continuité des services. Entre autres, le plan devra s'attarder à la réponse aux besoins de base des enfants, des jeunes et des familles pour chacune des phases de vie suivantes : prénatale, périnatale, postnatale précoce, petite enfance, enfance et adolescence.
- S'assurer que soient intégrées, dans le continuum de services destiné aux jeunes, des interventions de promotion de la santé et de prévention, notamment en matière de prévention des toxicomanies, de la violence et du suicide, de lutte au tabagisme, de prévention de la carie dentaire, d'immunisation, de prévention des MTS-sida, de création de milieux sains et sécuritaires, de promotion de l'activité physique, d'une saine alimentation et de l'allaitement maternel et de prévention des grossesses à l'adolescence.
- Poursuivre l'actualisation et l'évaluation des mesures de promotion et de prévention préconisées dans le plan de transformation de 1996 : *Naître égaux-grandir en santé, Soutien au développement de l'enfant, de sa famille et de ses milieux de vie, Équipes écoles en santé* et *Famille en rupture et recomposition.*
- Élaborer un plan d'action régional pour la promotion de l'allaitement maternel et le soutien aux mères allaitantes.
- Demander au Ministère que la région soit désignée comme site d'un des deux projets pilotes prévus au Québec pour la formation d'une équipe jeunesse intégrée.
- Demander au Ministère qu'il fasse les démarches nécessaires auprès du ministère de la Justice afin qu'il y ait harmonisation des pratiques de judiciarisation en matière des droits de la jeunesse entre les districts judiciaires.
- S'assurer que le directeur de la protection de la jeunesse dispose de moyens pour exercer ses responsabilités relatives à l'application des lois.
- S'assurer que soient éliminées les listes d'attente en protection de la jeunesse et en jeunes contrevenants.
- Réviser et actualiser le plan d'action régional en jeunes contrevenants.

Le maintien du jeune dans son milieu de vie naturel, l'action en amont des difficultés et la consolidation des liens de partenariat sectoriels et intersectoriels sont des orientations qui sont maintenues.

- S'assurer que soient réduits le nombre de placements, leur durée ainsi que les déplacements, en vue de ne réaliser que des placements judicieux pour les clientèles visées par de l'hébergement, soit les jeunes en famille d'accueil et les jeunes en centre de réadaptation.
- S'assurer que soit mieux coordonné l'accès aux services spécialisés et voir à la continuité des processus cliniques en santé mentale (pédopsychiatrie), déficience intellectuelle, déficience physique (particulièrement en orthophonie), toxicomanie, violence et agressions sexuelles. Il faut prévoir des mécanismes afin d'éviter les listes d'attente et, le cas échéant, s'assurer que toute famille en besoin de services reçoive un soutien approprié et ce, pour toute la gamme de services spécialisés.
- S'assurer d'une implication des médecins en protection de la jeunesse, notamment en ce qui concerne l'évaluation médicale, le dépistage, le signalement d'un jeune en besoin de protection ou dont le développement est compromis, le témoignage en cour et le soutien aux intervenants des Centres jeunesse.
- S'assurer que soient ajustés ou développés des services spécialisés de réadaptation pour répondre aux besoins des jeunes confrontés à des problèmes sévères en regard des problématiques suivantes : agressions sexuelles, violence, toxicomanie, problèmes de santé mentale ou confrontés à plus d'une de ces problématiques. Tenir compte des recommandations du Comité Gendreault et Tardif sur les internats pour les jeunes de 12 à 18 ans.
- Soutenir les intervenants dans un contexte de changement de pratique (partage d'expertise, formation, etc.).
- Renforcer l'évaluation et la recherche de façon à améliorer les approches et les interventions dans le secteur jeunesse.

3.7 L'alcoolisme et la toxicomanie

Depuis 1996, le déploiement des services externes de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec s'est réalisé de même que la mise en place des services spécialisés pour les personnes judiciarisées. Toutefois, ce secteur d'activités rencontre des difficultés reliées à l'absence d'une vision globale et d'orientations claires et partagées. Cette situation se répercute sur l'ensemble de la gamme de services. La jonction, la duplication, voire même la compétition entre les secteurs privé, communautaire et public commandent la nécessité de revoir et de mieux partager les rôles et les responsabilités de chacun des acteurs et ainsi, harmoniser la contribution attendue de ceux-ci. Bien que la diversité des philosophies d'intervention et des approches rendent plus difficile la concertation, des mécanismes devront être mis en place afin que les différents partenaires puissent s'entendre sur la complémentarité des interventions à offrir à la population.

Bien que la diversité des philosophies d'intervention et des approches rendent plus difficile la concertation, des mécanismes devront être mis en place afin que les différents partenaires puissent s'entendre sur la complémentarité des interventions à offrir à la population.

Il est également impératif de rééquilibrer l'offre de services, soit pour faire face à des nouveaux besoins en émergence, soit tout simplement pour tenir compte des besoins connus et réels de la population. À titre d'exemple, il faut noter que les jeunes de 12 à 17 ans ont peu accès à des ressources de réadaptation interne alors que le dernier recensement indique l'existence d'environ 400 lits en hébergement pour adultes.

Des orientations adoptées en mars 1999 par le conseil d'administration de la Régie régionale découlent plusieurs mesures qui devront être implantées en 1999-2000 et 2000-2001. Ainsi, le plan d'action régional devra s'inscrire en conformité avec les orientations régionales et le plan d'action ministériel en alcoolisme et toxicomanie. De plus, les mesures prioritaires seront identifiées en fonction des besoins de la population afin d'accroître l'accessibilité aux différents services du continuum et ce, dans les plus brefs délais.

Les mesures préconisées

La Régie régionale entend :

- Élaborer un plan d'action régional visant le déploiement des orientations adoptées en mars 1999, en conformité avec le plan d'action ministériel en alcoolisme et toxicomanie. Responsabilité de la Régie régionale pour 1999-2000.
- Mettre en place un continuum de services en alcoolisme et toxicomanie de la promotion/prévention à l'intégration sociale.

  De la promotion de la santé à l'intégration sociale, une gamme de services et d'activités doivent être offerts afin de diminuer non seule-

ment l'incidence, mais également les risques associés à un usage inapproprié. À cet égard, la Régie régionale devra, entres autres :

- ~ S'assurer que les activités et les interventions soient mieux adaptées à certains groupes de personnes considérant leur âge, leur sexe ainsi que certains problèmes rencontrés.
- ~ Privilégier, dans les stratégies, les approches de la promotion de la santé et de la prévention des toxicomanies.
- ~ Favoriser la mise en place de programmes visant à réduire les impacts négatifs tels que la gestion de la consommation et des programmes de substitution par la méthadone.
- ~ S'assurer de la mise en place d'activités de dépistage et d'intervention précoce ainsi que de la disponibilité de services de réadaptation dans chacun des territoires.
- ~ S'assurer que des services de désintoxication avec ou sans supervision médicale soient accessibles aux personnes dans le besoin.
- ~ Déterminer le nombre et la capacité d'accueil des organismes communautaires qui offrent de l'hébergement aux personnes qui le requièrent.
- ~ S'assurer que les personnes alcooliques ou toxicomanes aient accès à des services de qualité.

- S'assurer de l'existence de mécanismes de concertation en alcoolisme et toxicomanie dans chacun des territoires de CLSC auxquels participent l'ensemble des partenaires afin de :
  - ~ Partager une vision globale dans le respect de la diversité des missions, des orientations et des obligations de chacune de ces organisations.
  - ~ Identifier les besoins de la population en matière d'alcoolisme et de toxicomanie.
  - ~ Trouver des solutions qui permettront de maximiser les services dans chacun des territoires.
- Favoriser la mise en place de projets locaux en prévention des toxicomanies. À cet égard, la Régie régionale identifie les CLSC comme animateurs de la concertation territoriale regroupant les partenaires sectoriels et intersectoriels.

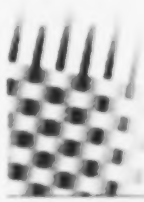
3.8 La déficience physique

En déficience physique, le plan de transformation de 1996 a permis de compléter la régionalisation des services, de les rapprocher du milieu de vie des clients et de favoriser la participation sociale des personnes handicapées en consolidant les ressources affectées aux programmes de support à l'intégration sociale. Par ailleurs, le bilan d'étape du plan de transformation a permis d'établir les constats suivants : l'importance de clarifier les rapports entre les dispensateurs de services de réadaptation, la nécessité d'assurer la continuité des services, le besoin de consolider tous les programmes de support à l'intégration sociale et l'insuffisance de services courants de réadaptation dans les territoires.

Le *Plan de consolidation 1999-2002* veut renforcer les mesures du plan de transformation dans le sens des orientations retenues par le conseil d'administration de la Régie régionale. Plus spécifiquement, les mesures proposées ciblent l'accessibilité aux services de base dans chaque territoire, le support à l'intégration sociale et une action plus rapide et mieux intégrée des partenaires du continuum de services.

Ainsi, dans un continuum de services en déficience physique, l'intervention en première ligne est essentielle afin de protéger le potentiel d'autonomie des personnes et d'éviter que les problèmes physiques ne provoquent des complications nuisibles ou récidivantes. La *Politique de la santé et du bien-être* cible d'ailleurs, dans les objectifs 10 et 11, la diminution de la morbidité et de la durée des incapacités causées par les traumatismes, les maux de dos et les maladies comme l'arthrite ou le rhumatisme. De plus, des orientations nationales ont été récemment proposées pour prévenir l'apparition et l'aggravation de la surdité professionnelle et des autres atteintes à la santé attribuables au bruit en milieu de travail. Il est donc essentiel que les personnes aient accès dans leur communauté à des services courants de réadaptation. Ces services, offerts par des professionnels de la réadaptation tels les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes et les audiologistes, s'appuient généralement sur une infrastructure légère et s'intègrent parfaitement au concept de services de base dans la communauté.

Par ailleurs, la finalité des programmes, activités ou services mis à la disposition de la population dans le programme de déficience physique est l'intégration sociale des personnes ayant des incapacités physiques. Le rôle du réseau consiste à soutenir les individus et leur famille en favorisant



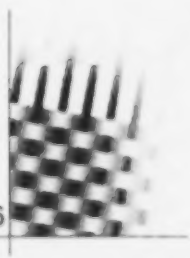
le maintien dans le milieu et l'allégement de la tâche supplémentaire qui incombe aux aidants naturels. L'objectif visé est d'éviter l'institutionnalisation des personnes pour cause de déficience physique et de permettre à ces personnes de continuer à jouer leur rôle social.

Les enjeux identifiés concernent l'intégration fonctionnelle des différents programmes et services du continuum au profit du client et l'augmentation des services de base dans la communauté.

Enfin, une action plus rapide et mieux intégrée des partenaires du continuum de services est nécessaire afin d'obtenir tout le potentiel recherché à l'origine par l'intégration de différentes mesures mises en place depuis 1996. L'identification rapide des personnes atteintes d'une déficience constitue une prémisse sur laquelle repose l'efficacité des actions menées en aval. La précocité des interventions permet souvent de limiter l'ampleur des limitations qui les menacent. Il est essentiel que les établissements de santé, et en particulier les CH et le Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice, identifient les personnes à risque de développer des incapacités à la suite d'une déficience physique et les réfèrent rapidement vers le secteur de la réadaptation.

Les mesures préconisées

- Rendre accessibles, dans chaque territoire, les services de base nécessaires à la prévention des problèmes susceptibles d'entraîner une incapacité physique et à la réduction de leurs conséquences. Pour ce faire, il faut :
  - ~ Soutenir les actions préventives et de promotion susceptibles de réduire l'incidence des problèmes de déficience physique (ex. : prévention de la surdité professionnelle, réduction de l'incidence des malformations du tube neural par l'administration d'acide folique aux femmes susceptibles de devenir enceintes, promotion de la sécurité, prévention des traumatismes, etc.).
  - ~ Disposer d'une équipe de base en services courants de réadaptation pour une clientèle ambulatoire dans tous les CLSC et de services en audiologie dans les CHSGS.
  - ~ Arrimer et ajuster les services de réadaptation hospitalière avec les nouvelles équipes en services courants de réadaptation par territoire.
  - ~ Consolider l'implantation des services en orthophonie 0-5 ans dans les CLSC.
- Consolider les programmes de support à l'intégration sociale. À cet égard, la Régie régionale prévoit :
  - ~ Procéder à la prise en charge régionale de certains programmes décentralisés de l'Office des personnes handicapées du Québec (aides techniques) et de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (aide à la mobilité et à la posture).
  - ~ Élaborer une politique régionale de récupération et de valorisation des aides techniques qui inclura les aides financées par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, le programme régional d'aide à la vie quotidienne et domestique, les aides techniques prêtées par les CLSC ainsi que celles utilisées par la clientèle admise dans les établissements.
  - ~ S'assurer qu'il y ait réponse aux besoins particuliers des personnes ayant une déficience physique par le développement de ressources intermédiaires adaptées qui disposent de places d'hébergement transitoire ou temporaire.
  - ~ Réviser les critères d'admissibilité et d'allocation des programmes de soutien à la personne et à la famille (maintien à domicile, transport et hébergement, de répit dépannage, gardiennage, etc.) dans le cadre d'une politique régionale en matière de support à l'intégration sociale.
  - ~ S'assurer de la mise en place d'un programme d'intégration socioprofessionnelle et d'un programme d'évaluation de la conduite automobile, sous la responsabilité du Centre de réadaptation InterVal.
- Favoriser une action plus rapide et mieux intégrée des partenaires du continuum de services. Pour ce faire, il est nécessaire que :
  - ~ Chaque CH élabore un mécanisme d'identification systématique des personnes qui sont à risque de développer des incapacités significatives et persistantes à la suite d'une déficience physique, de manière à pouvoir les référer pour une intervention précoce en réadaptation.
  - ~ Soit mise en place dans chaque territoire, une table de concertation en réadaptation physique regroupant tous les partenaires concernés, y compris le Centre de réadaptation InterVal, et dont les préoccupations incluent les clientèles nouvelles (ex. : la fibromyalgie) ou sans mandataire précis.
  - ~ Soient révisés les mécanismes de transfert entre les CH et les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) pour garantir un accès rapide sans délai d'attente.



- La Régie régionale procède à une évaluation du fonctionnement des URFI de la région ainsi que de leurs services et identifie les ajustements requis.

3.9 La déficience intellectuelle

En déficience intellectuelle, le plan de transformation visait la consolidation des activités de support à la personne ou à la famille, la mise en place de services de première ligne par le prêt de ressources et l'intégration dans la communauté des personnes institutionnalisées en raison d'une déficience intellectuelle. Par la suite, le bilan a permis d'établir les constats suivants : la nécessité de préciser les rôles de chacun des acteurs, l'importance d'améliorer le partenariat institutionnel et le besoin de réévaluer les programmes de soutien à la famille.

Le *Plan de consolidation 1999-2002* met l'accent sur l'intégration et la participation sociales des personnes ayant une déficience intellectuelle et sur l'accessibilité à une gamme intégrée de services dans la communauté.

Les mesures préconisées

Ainsi, les mesures préconisées sont la coordination des services qui assure à la personne un continuum de services fluide et personnalisé, le rehaussement des services de base dans chaque territoire et l'amorce de l'intégration sociale des personnes hébergées en institution en raison d'une déficience intellectuelle.

- Coordonner les actions des partenaires du continuum de services.

  La réponse aux besoins des personnes et des familles au sein de leur propre communauté dépend pour une bonne part de la qualité de la concertation qui prévaut entre les partenaires du continuum de services. Les établissements de première ligne, le CSDI, les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels ont une responsabilité de collaboration. À cet égard, la Régie régionale devra :

  - Faire un suivi du prêt d'effectifs du CSDI vers les CLSC, de façon à évaluer l'impact du prêt sur la mise en place de services de base en déficience intellectuelle et à statuer sur une orientation à plus long terme, dans une perspective de maintien de l'expertise et du renforcement des liens entre ces partenaires.
  - Voir à la mise en place dans chaque territoire d'un comité de concertation afin de préciser les contributions respectives des partenaires, soit le CSDI, le CLSC et les organismes communautaires, notamment en ce qui a trait à l'information sur les services et leur accès, le support à la personne et à la famille et l'accompagnement.
  - Disposer des ententes interétablissements concernant l'accès aux services pour la clientèle présentant une problématique majeure associée à la déficience intellectuelle (santé mentale, toxicomanie, déficience physique, etc.).

La réponse aux besoins des personnes et des familles au sein de leur propre communauté dépend pour une bonne part de la qualité de la concertation qui prévaut entre les partenaires du continuum de services.

- Rendre accessibles les services de base dans chaque communauté.

  Dans un continuum de services en déficience intellectuelle, l'intervention dans la communauté est essentielle afin que se concrétise l'ensemble des efforts et des actions entreprises par l'ensemble des partenaires auprès de la clientèle. Ainsi, l'accès à l'information, au dépistage, à la stimulation précoce et aux programmes de support à la famille constituent un préalable à l'intégration et à la participation sociales. Ces services s'appuient sur la contribution de programmes spécifiques et spécialisés dispensés à cette clientèle par l'établissement ayant un mandat régional, soit le CSDI. Afin d'assurer l'accès et la disponibilité des services, il s'avère prioritaire de retenir les moyens suivants :

  - Évaluer la gamme de services de base disponibles dans chacun des territoires.
  - Établir un équilibre parmi les établissements de première ligne dans l'accès aux services de base tels que l'information, le dépistage, la stimulation précoce, le support à la famille et l'accompagnement, facilitant subséquemment la continuité et la complémentarité avec les programmes spécifiques dispensés par le partenaire régional.
  - Voir à l'arrimage des services de base en déficience intellectuelle avec les autres programmes offerts par le CLSC.
  - Réviser les critères d'admissibilité et d'allocation des services de répit et de dépannage dans le cadre de l'élaboration d'une politique régionale en matière de support à l'intégration sociale pour les personnes han-

dicapées (en lien avec la mesure annoncée dans la section *Déficience physique*).

- Assurer l'accès pour cette clientèle aux services courants de réadaptation en physiothérapie, ergothérapie et orthophonie offerts dans les territoires.
- Réviser, s'il y a lieu, le ratio d'intervenants en prêt de services afin de compléter la gamme de services de base devant être offerts à cette clientèle par les CLSC.

• Favoriser l'intégration et la participation sociales.

En dépit des progrès enregistrés pour réaliser l'intégration physique des personnes ayant une déficience intellectuelle, les efforts de partenariat visant à assurer leur intégration dans la communauté doivent se poursuivre, notamment avec les secteurs de l'éducation, du travail, du transport et des loisirs. Une attention particulière doit être portée à la condition des aînés ayant une déficience intellectuelle.

D'autre part, d'importants travaux sont effectués pour préparer l'intégration dans la communauté des usagers qui sont hébergés au Centre l'Aubier et à l'Hôpital Saint-Julien en raison d'une déficience intellectuelle. Ce retour dans un milieu de vie naturel doit être planifié minutieusement, car les attentes sont très élevées. Les ressources requises pour assurer la réussite de cette désinstitutionalisation doivent être accessibles.

À ce sujet, deux phénomènes apparaissent incontournables et requièrent un appui tangible du Ministère. D'une part, l'intégration sociale de plusieurs centaines de personnes résidant actuellement à l'Hôpital Saint-Julien va entraîner des coûts de transition importants, de quelques millions de dollars, que l'établissement et la région ne peuvent assumer. Comme ce fut le cas pour d'autres démarches de cette ampleur qui ont déjà eu lieu au Québec, il est attendu que le Ministère assument ces coûts. D'autre part, la structure de postes à l'issue du processus d'intégration sociale risque d'entraîner des coûts récurrents supérieurs aux ressources actuelles de l'établissement, car il y aura rehaussement de la formation du personnel et un besoin plus grand d'éducateurs.

Les efforts devront être concentrés pour réaliser adéquatement le processus de désinstitutionalisation du Centre l'Aubier et de l'Hôpital Saint-Julien :

- Mettre en place un comité de suivi quadripartite incluant le Ministère, la Régie régionale Mauricie et Centre-du-Québec, la Régie régionale Chaudières-Appalaches et l'Hôpital Saint-Julien afin d'assurer un monitorage du plan d'intégration sociale des usagers élaboré par l'Hôpital Saint-Julien et pour connaître les besoins financiers reliés aux coûts de transition.
- Interpeller le Ministère pour participer à ce comité et pour assumer la totalité des coûts de transition associés au plan d'intégration sociale des usagers de l'Hôpital Saint-Julien, de même que la hausse potentielle des coûts qui pourrait découler du rehaussement de la structure de postes de cet établissement, rendu nécessaire par le processus d'intégration sociale.
- Identifier les besoins particuliers des aînés ayant une déficience intellectuelle et statuer sur les interventions requises.
- Appuyer l'approche communautaire en déficience intellectuelle et renforcer la concertation intersectorielle orientée sur l'intégration et la participation sociales.

3.10 Les personnes âgées

Le bilan du plan de transformation confirme les assises du programme personnes âgées, soit le renforcement des mesures de maintien dans le milieu, la protection de leur autonomie fonctionnelle et le développement des mesures de rechange à l'hébergement institutionnel. Le *Plan de consolidation 1991-2002* propose donc l'intensification des stratégies de promotion et de prévention et de maintien dans le milieu.

Faisant partie intégrante des services de base, la quasi-totalité des services aux aînés doit être accessible dans chacun des territoires. Toutefois, certains facteurs font en sorte que ce principe peut être modulé d'un territoire à l'autre : la richesse de la gamme de services en place, le tissu social dans la communauté, les conditions socio-économiques et l'obligation en regard d'une utilisation optimale des ressources. De plus, l'interdépendance naturelle des territoires Les Forges et Du Rivage exige une complémentarité, une concertation et une alliance stratégique spécifique à cette réalité.

Dans un esprit de subsidiarité et d'imputabilité, il appartient à chaque territoire de mettre en œuvre les stratégies d'action en promotion et en prévention visant le renforcement du potentiel des personnes âgées face à certaines habitudes de vie et le développement d'environnements sains et sécuritaires. De même, chaque territoire doit dé-

terminer, en lien avec les autres programmes clientèles, le nombre de lits d'hébergement institutionnel et de places en ressources intermédiaires destinées aux aînés en perte d'autonomie.

L'émergence de quatre nouvelles réalités incite à apporter certains ajustements dans l'offre de services aux aînés :

- L'augmentation du nombre de personnes vieillissantes met en relief l'importance de développer une approche positive du vieillissement pouvant prévenir l'apparition de certains problèmes psychosociaux.
- La présence de plus en plus importante de déficits cognitifs chez les personnes âgées demande la venue de ressources mieux adaptées à ce problème de santé.
- L'engagement soutenu et la précieuse contribution des aidants naturels requièrent dorénavant une réelle reconnaissance de la part du réseau et l'établissement d'une relation partenariale équitable.
- Les développements très importants observés du côté des ressources résidentielles privées font ressortir la nécessité de définir de nouveaux liens avec ces partenaires. Pour la Régie régionale, la qualité des conditions de vie et le respect des droits des personnes âgées à l'intérieur de ces ressources s'avèrent une préoccupation majeure. La section suivante sur les ressources non institutionnelles propose des mesures à ce sujet.

L'optimisation de la gamme de services mise en place par le plan de transformation requiert maintenant la modification et l'ajustement des pratiques professionnelles, la contribution et l'implication des aînés, la reconnaissance et le soutien aux aidants naturels ainsi que le développement d'une approche intégrée de concertation intraterritoriale, interterritoriale et régionale entre les partenaires des réseaux public, communautaire et privé.

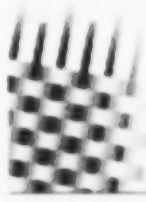
Les mesures préconisées

- Intensifier les activités de promotion et de prévention, primaires et secondaires, destinées aux personnes de 55 ans et plus, tout en les adaptant aux différents milieux de vie, degrés d'autonomie et situations de vulnérabilité :
  - Soutenir l'implantation et l'évaluation des effets du service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile.
  - Favoriser l'implantation du *Guide de prévention des chutes en CHSLD* et en assurer le suivi.
  - Développer des services efficaces pouvant favoriser l'adoption de meilleures habitudes de vie face à la consommation de médicaments, l'alimentation et l'activité physique.
  - Développer une approche positive du vieillissement qui met en valeur le potentiel, la contribution et la participation des aînés.
  - Préciser les bases d'une gamme de services efficaces pouvant prévenir l'épuisement des aidants naturels.
  - Définir des stratégies efficaces face à l'abus et la violence à l'endroit des aînés.

L'optimalisation de la gamme de services requiert la modification et l'ajustement des pratiques professionnelles, la contribution et l'implication des aînés, la reconnaissance et le soutien aux aidants ainsi que le développement d'une approche intégrée de concertation territoriale

Il est à noter que l'implantation des activités de promotion et de prévention doit s'effectuer dans une approche participative impliquant soit les aînés, soit les organismes communautaires ou les CLSC.

- Consolider les services dans le milieu naturel :
  - Augmenter et délimiter la proportion de l'enveloppe budgétaire réservée aux différents services de maintien dans le milieu destinés aux aînés en perte d'autonomie, particulièrement celle des services à domicile des CLSC.
  - Accroître le nombre d'usagers âgés de 65 ans et plus inscrits aux services à domicile des CLSC à 38 pour 1 000 en fonction de la population pondérée de 2006.
  - Augmenter la précocité, la diversité et l'intensité des services d'aide à domicile et de support aux aidants naturels, de façon à prévenir l'épuisement physique, la détresse psychologique et l'appauvrissement de ces dernières, et assurer l'adaptabilité, la continuité et la stabilité de ces services.
  - Préciser et harmoniser la gamme de services à domicile devant être disponible dans tous les territoires, leurs critères et règles d'admissibilité et d'accessibilité, incluant les services en ressources résidentielles privées, et développer un outil unique pour déterminer le niveau socio-économique nécessaire à la priorité des demandes de services.
  - Appliquer les mesures relatives aux ressources résidentielles privées prévues dans la section sur les ressources non institutionnelles.
  - Accentuer, dans l'ensemble de la gamme



de services, le développement de réponses adaptées et novatrices de maintien dans le milieu pour la clientèle en déficit cognitif, de façon à améliorer leur qualité de vie et celle de leurs aidants naturels.

- ~ Confirmer le leadership du service ambulatoire de gériatrie, en faire le centre d'expertise et la plaque tournante du maintien dans le milieu de la clientèle gériatrique et consolider son mandat en psychogériatrie.
- ~ Préciser et harmoniser les contributions attendues de chacun des partenaires du continuum de services en regard de la réadaptation géronto-gériatrique.
- ~ Préciser le cadre de référence de l'intervention géronto-gériatrique en centres hospitaliers.
- ~ Préciser le mandat ainsi que le nombre de lits de courte durée gériatrique au sein des établissements suivants : Regroupement Cloutier-du Rivage, Regroupement de la santé et des services sociaux de la MRC de Maskinongé, Complexe Santé et Services Sociaux Nicolet-Yamaska, CHSLD du Centre Mauricie (site Grand-Mère).
- ~ Développer des ressources transitoires de façon à limiter à un maximum de 48 heures le délai d'attente en lits de courte durée, suite au congé médical pour les situations de présomption de changement de milieu de vie.
- ~ Confier à des comités d'experts le mandat de développer un projet médical et un projet pharmaceutique géronto-gériatriques intégrateurs et harmonisés, dans une optique d'intervention interdisciplinaire.
- ~ Préserver la vocation première de soutien aux aidants naturels des places d'hébergement temporaire et développer des ressources de convalescence et de soins palliatifs.

- Faciliter l'accès aux services, leur flexibilité et leur continuité :
  - ~ Finaliser l'implantation de l'outil multiclientèle et faire du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), l'outil intégrateur des pratiques au sein du continuum de services aux aînés.
  - ~ Mettre en place, dans chacun des territoires, un mécanisme de coordination unifié des services pour les aidants naturels et leurs aînés aux prises avec une problématique lourde et complexe nécessitant des soins à long terme.
  - ~ Préciser le continuum de services aux aînés, déterminer les objectifs de résultats attendus pour ces différents services, implanter et harmoniser les outils de collecte de données nécessaires à la reddition de comptes.
  - ~ Redéfinir la composition, le mandat et l'interrelation des mécanismes territoriaux et régionaux de concertation.
- Rationaliser les ressources d'hébergement intermédiaire et institutionnel :
  - ~ Accentuer le développement de ressources intermédiaires novatrices adaptées aux besoins évolutifs des aînés et de leurs aidants naturels, notamment les personnes atteintes de déficits cognitifs.
  - ~ Ajuster, en fonction d'un choix territorial, le nombre de lits d'hébergement institutionnel selon une balise maximale déterminée par le nombre de lits inscrit au permis de chacun des établissements en avril 1999 et d'une balise minimale de 3,2 lits par 100 personnes âgées établie sur la base de la population pondérée des 65 ans et plus de 2006.
- Assurer annuellement, pour d'éventuels ajustements budgétaires, l'évaluation du profil de la clientèle hébergée en CHSLD par l'utilisation de la grille *Plaisir* et par une méthodologie assurant l'objectivité de la démarche.
- Demander au Ministère qu'il communique à l'ensemble des régions des orientations claires en ce qui a trait au niveau de financement applicable aux services d'hébergement et de soins de longue durée.
- Demander au Ministère d'ajuster annuellement le budget régional de sorte à reconnaître le phénomène d'alourdissement progressif de la clientèle hébergée en milieu institutionnel.

3.11 Les ressources non institutionnelles

Le plan de transformation ainsi que l'avènement successif d'orientations ministérielles dans le domaine de l'organisation des services auprès des diverses clientèles (en santé mentale, jeunesse, âgée, toxicomane) ne font que confirmer la nécessité d'offrir des services dans le milieu naturel de la personne. Il faut lui procurer, lorsque c'est nécessaire, des ressources d'hébergement légères le plus près possible de son milieu plutôt que d'avoir recours, de façon inappropriée, à des ressources institutionnelles. La transformation a donc

mis à profit les compétences de ressources de type familial et de résidences d'accueil.

Le réseau de ressources de type familial, qui accueille dans la région plus de 3 000 personnes, est confronté de plus en plus à l'évolution des pratiques professionnelles et à l'alourdissement des clientèles qui présentent des besoins complexes et multiples. Cette situation met en lumière la très grande nécessité de transformer et de diversifier les ressources actuelles en y intégrant le chaînon manquant, c'est-à-dire le développement des ressources de type intermédiaire. Elles maintiennent ou intègrent dans la communauté un usager inscrit à ses services, lui procurent un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispensent des services de soutien ou d'assistance requis par sa condition. Elles sont rattachées à un établissement public.

Le modèle de gestion des ressources de type familial identifie actuellement un certain nombre d'établissements utilisateurs, neuf établissements gestionnaires responsables de développer, de soutenir et de superviser le réseau et deux établissements traiteurs qui assurent le soutien logistique au plan financier. Ce modèle doit être amélioré et faire l'objet d'une révision.

La région compte de plus en plus de ressources résidentielles privées (300) qui logent plus de 5 000 personnes. Il apparaît nécessaire de faire une jonction entre ces ressources privées et le réseau public. Il faut, d'une part, s'assurer que ces personnes ont accès aux services dispensés par le réseau public et, d'autre part, prévenir les risques d'abus envers les personnes âgées. La Régie régionale entend donc élaborer et mettre en place un cadre de référence avec ses partenaires (municipalités, CLSC, associations de résidences privées, curateur public, etc.).

Par ailleurs, les travaux régionaux, conduits par un comité de pilotage mandaté pour déterminer un modèle d'organisation clinico-administratif dans le domaine des ressources non institutionnelles, ont permis la mise en commun des compétences des différents partenaires. Pour chacune des mesures préconisées qui suivent, le comité de pilotage a élaboré des recommandations spécifiques. Celles-ci seront soumises au conseil d'administration de la Régie régionale, pour adoption, au plus tard en mai 1999.

Les mesures préconisées

En mai 1999, la Régie régionale entend procéder à l'adoption puis à la mise en œuvre d'orientations spécifiques permettant de :

- Procéder à la réévaluation de toutes les ressources dans le but d'en préciser le statut (ressources intermédiaires, ressources type familial).
- Implanter le cadre de référence ministériel des ressources intermédiaires.
- Identifier et préciser la contribution des ressources intermédiaires dans chaque gamme de services.
- Harmoniser les outils d'évaluation, les standards et les normes de qualité concernant les ressources non institutionnelles.
- Adopter un nouveau modèle de gestion en incluant les rôles et les responsabilités des établissements gestionnaires, des établissements utilisateurs, d'un établissement traiteur et de la Régie régionale.
- Développer et implanter un cadre de référence concernant les ressources résidentielles privées.
- S'assurer du développement de standards de qualité, d'outils d'accréditation et de contrôle des ressources résidentielles privées.
- Déterminer les balises et les conditions régissant l'hébergement dans les organismes communautaires.
- Implanter un système d'information concernant les ressources non institutionnelles.

3.12 L'accès aux services pour les personnes d'expression anglaise

Tous les conseils d'administration des établissements, à la suite de la résolution du conseil d'administration de la Régie régionale, ont adopté en 1998-1999 la politique régionale visant à favoriser l'accès aux services pour les personnes d'expression anglaise. Cette politique a pour effet de rendre accessibles en langue anglaise tous les services de tous les établissements de la région.

De son côté, le programme d'accès aux services en langue anglaise confère le statut d'établissement indiqué au CLSC Les blés d'or. Compte tenu de son mandat régional en regard de la centrale téléphonique Info-santé, celui-ci assurera l'accès aux services en langue anglaise pour les onze CLSC. Cette responsabilité inclut éventuellement les services téléphoniques d'urgence sociale et de prévention du suicide. De plus, considérant le nouveau caractère linguistique des commissions scolaires, les CLSC signataires d'une entente de services avec la Commission scolaire Central Quebec

seront éventuellement indiqués pour dispenser des services de santé et des services sociaux en langue anglaise aux élèves des écoles anglophones.

Compte tenu des ressources humaines, matérielles et financières des établissements de la région, du poids relatif de la population d'expression anglaise qui représente 1,25 % et de la très faible pression sur la demande de services, l'organisation régionale en deux volets - Politique et Programme d'accès - apparaît des plus adéquates pour atteindre, de façon juste et raisonnable, les objectifs d'une accessibilité réelle et fonctionnelle.

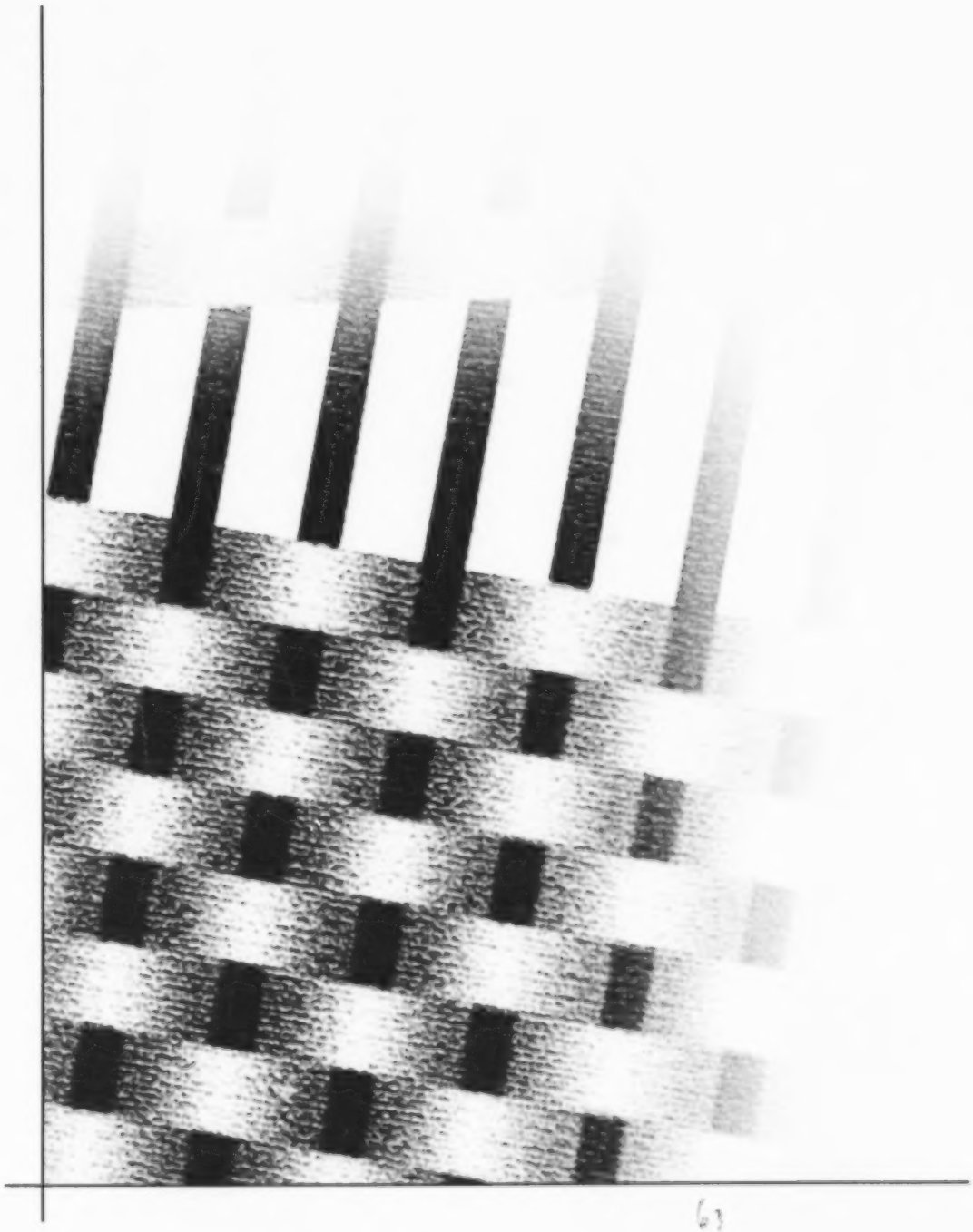
Cependant, la population d'expression anglaise, particulièrement la clientèle féminine vieillissante, doit se sentir à l'aise et en confiance dans ses interrelations avec le réseau. Ainsi, six mesures visent à rassurer cette clientèle face à l'efficacité de l'organisation.

Les mesures préconisées

- Assurer auprès des établissements le suivi des dispositions prévues à la Politique régionale.
- Convenir des ententes de services nécessaires avec toute régie régionale concernée, afin d'assurer l'accès en langue anglaise aux services spécialisés non disponibles dans la région.
- Informer la population d'expression anglaise des modalités de la Politique régionale visant à lui assurer l'accès en langue anglaise à tous les services de tous les établissements de la région.
- Évaluer le degré de satisfaction de la clientèle d'expression anglaise suite aux services reçus.
- Prévoir dans le plan de communication régional des éléments spécifiques à la communauté anglophone.
- Maintenir la centralisation à la Régie régionale des budgets destinés aux services en langue anglaise.

Partie 4

LES RESSOURCES



LES RESSOURCES

Cette quatrième section porte sur les ressources à mettre en place pour permettre le déploiement optimal des services à la population. Y seront donc abordées, les stratégies associées aux défis des ressources humaines, matérielles, informationnelles et finalement, les stratégies de financement pour 1999-2002.

4.1 Les ressources humaines du réseau

4.1.1 Une définition des ressources humaines

Il ne fait pas de doute que les femmes et les hommes qui travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux en constituent le moteur. C'est par leur intermédiaire que la population a accès aux services; des services organisés et coordonnés.

Un groupe de ces femmes et de ces hommes est constitué du personnel d'encadrement et des salariés dont les activités et les conditions de travail sont régies par le cadre formel des relations de travail du secteur public et des ordres professionnels. Il y a lieu de reconnaître leur dévouement et leur grande compétence. C'est grâce à eux si la population a pu compter, jour après jour, sur des services de qualité, prodigués avec respect et empathie. Ce sont aussi ces personnes et leurs représentants qui se sont engagés, en bon nombre, à revoir les façons de faire et à participer aux changements devenus nécessaires.

Adapter la gestion des organisations aux réalités présentes et à venir en misant sur la participation et le développement des personnes.

Il y a aussi des femmes et des hommes qui, à titre de médecin, pharmacien, membre de conseil d'administration, intervenant au sein d'un organisme communautaire, contribuent à desservir la population. Toutes ces personnes ont été au cœur des transformations et ont aidé à traverser la tourmente.

Quant aux nombreux bénévoles qui offrent support, attention et chaleur aux milliers d'usagers de ce réseau, il s'avère également pertinent de souligner leur contribution discrète, mais tellement importante.

Bref, ce sont toutes ces personnes qui ont permis que la transformation du réseau, malgré les nombreuses difficultés qu'elle a occasionnées et les profondes séquelles qu'elle a laissées, ne dégénère en de multiples ruptures de services. Même, il s'avère possible d'affirmer que bon nombre de services se sont améliorés.

4.1.2 Le contexte et les orientations

En considérant les défis de qualité et d'accessibilité des services mis de l'avant dans le présent plan, et en tenant compte que de nombreuses transformations sont toujours en cours dans le réseau, il est certain que l'apport essentiel des ressources humaines va se maintenir, voire s'accroître au fil des années. C'est pourquoi, les pages qui suivent mettent de l'avant des orientations, des stratégies et des mesures propres à soutenir la participation et le développement des administrateurs, des cadres, du personnel salarié, des médecins et des bénévoles actifs en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Bien sûr, chacun souhaiterait pouvoir reprendre son souffle et voir son environnement se stabiliser, car il s'avère difficile de vivre dans un réseau constamment en mouvement. Pourtant, plusieurs défis sont encore au rendez-vous. Sans que le rythme soit comparable à ce qui a été vécu pendant les dernières années, il faut poursuivre les efforts pour implanter et améliorer le projet collectif que la région s'est donné en 1996. Il y a le défi d'adapter sans cesse les services aux besoins émergents et aux nouvelles réalités. Il y a aussi celui de changer les pratiques et de fonctionner en équipes interdisciplinaires. Enfin, il y a le défi lié aux technologies de l'information et à la modernisation qui va permettre au réseau d'entrer de belle façon dans le prochain millénaire, tout en évitant de tomber dans le piège du progrès à tout prix. Ces défis sont de taille, car ils vont exiger une profonde remise en question des façons de faire chez l'ensemble du personnel du réseau.

Pour toutes ces raisons, la principale orientation mise de l'avant dans ce chapitre se résume ainsi : adapter la gestion des organisations aux réalités présentes et à venir en misant sur la participation et le développement des personnes.

Cette orientation que la Régie régionale met de l'avant concorde tout à fait avec celles proposées alors par le ministre Rochon dans le document intitulé *Notre force, des personnes compétentes et dévouées*, publié en octobre 1998. La Régie régionale adhère à ces orientations ministérielles et entend en assurer le suivi en région, entre autres, par le biais du présent plan triennal.

4.1.3 Les stratégies associées au défi des ressources humaines

Trois stratégies sont retenues pour relever le défi associé aux ressources humaines. Ces stratégies interpellent particulièrement les établissements, les directions générales, le personnel cadre et salarié, leurs représentants et la Régie régionale elle-même, sans égard au fait qu'elle soit ou non une partie négociante au sens des relations de travail.

Associer les personnes au projet collectif

Chaque direction générale doit jouer un rôle de premier plan par rapport à l'élaboration et au déploiement du projet collectif de l'organisation et ce, en association avec le personnel d'encadrement, les employés, les médecins, les bénévoles, les associations représentatives du personnel et les conseils consultatifs, qu'ils soient ou non prévus à la loi.

Utiliser de façon optimale les ressources humaines

La seconde stratégie concerne l'utilisation optimale des compétences du personnel des organisations par la révision locale de l'organisation du travail dans le respect des conventions collectives en vigueur, l'encouragement à la mobilité, la préparation de la relève et le replacement de tout le personnel en sécurité d'emploi et ce, afin de répondre aux besoins spécifiques de la région. Dans cet esprit, la planification stratégique des ressources humaines devient un exercice qui prend tout son sens, tant pour orienter cette mobilité que pour assurer une utilisation optimale des compétences existantes ou, encore, pour identifier les besoins de formation, de recyclage, d'adaptation et de recrutement.

Assurer le développement des personnes

Autre stratégie d'importance étroitement reliée à la précédente, le développement du personnel du réseau s'avère nécessaire pour le soutenir et l'outiller par rapport aux nouvelles approches de gestion ou d'intervention, au travail interdisciplinaire, au virage promotion/prévention, aux actions intersectorielles, à l'implantation accélérée des nouvelles technologies, à la responsabilisation accrue des personnes et des équipes, à la redéfinition de la fonction d'encadrement et au repositionnement des cadres. De plus, cette stratégie cherche à faciliter le développement des habiletés des personnes afin qu'elles puissent gérer et vivre harmonieusement les autres changements inévitables qui s'imposeront dans les prochaines années au sein des organisations et du réseau. À certains égards, ce développement concerne aussi les membres des conseils d'administration, les médecins qui exercent au sein et hors des établissements et les personnes bénévoles.

Pour l'essentiel, le premier lieu de mise en œuvre concrète de ces trois stratégies est l'établissement. C'est au sein de chaque organisation, de chaque équipe de travail qu'elles peuvent et doivent prendre forme. L'atteinte du succès repose d'ailleurs sur l'engagement de tous les acteurs de l'organisation. À ce titre, il est approprié de souligner que :

- Le directeur général est le premier pilote de cette orientation et de ces stratégies au sein de son organisation, avec l'appui tangible du conseil d'administration. C'est à lui de porter et de partager la préoccupation d'impliquer les divers acteurs de l'organisation dans la révision de la gestion et dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet collectif.
- Il faut faire en sorte que l'équipe de direction et l'ensemble des cadres soient parties prenantes de ce mouvement puisqu'ils ont à le concrétiser avec leurs équipes respectives, souvent en questionnant leurs propres pratiques de gestion. Un plan d'action cohérent est requis. Il reconnaît et redéfinit la contribution du personnel d'encadrement et le soutient par des moyens concrets dans les changements qu'il a à vivre et à gérer.
- Il importe d'amener le personnel, au sein des équipes de travail et des divers mécanismes mis en place par la direction, à participer au développement et à la réalisation du projet collectif de l'établissement et s'engager dans son propre développement avec l'appui de l'organisation.

- Il faut impliquer les associations représentatives du personnel, qu'il soit cadre ou salarié, les conseils consultatifs prévus ou non à la loi, les instances représentatives des médecins, lorsque applicable.
- Il est pertinent d'associer aussi les personnes qui s'impliquent bénévolement auprès des usagers de l'organisation.

Quant à elles, les actions de portée régionale doivent permettre de créer des conditions favorables à la mise en œuvre locale des orientations, des stratégies et des mesures proposées dans ce projet.

Les mesures préconisées en lien simultanément avec les trois stratégies

- Chaque établissement voit à conduire des démarches et des activités nécessaires à la réalisation des orientations ressources humaines ministérielles et régionales. Pour chaque organisation, cela signifie qu'une attention particulière doit être portée à :
  - ~ Concrétiser ces orientations par diverses démarches de participation du personnel autour du projet collectif de l'organisation.
  - ~ Rendre opérationnel, dès 1999, si ce n'est pas déjà fait, un plan de communication interne qui permet d'informer régulièrement le personnel sur les orientations de l'établissement, les décisions du conseil d'administration et de l'équipe de direction, les résultats attendus en matière de qualité et d'accessibilité des services, les réalisations de l'organisation et ses liens de collaboration et de référence avec d'autres établissements et organismes. Un tel plan doit garantir la circulation de l'information pertinente à la fois vers le haut et le bas de l'organisation.
  - ~ Revoir l'organisation du travail avec le personnel et ses représentants en fonction du projet et de la réalité de l'organisation.
  - ~ Planifier l'actualisation des projets de réorganisation ou de modernisation des services en impliquant les diverses instances de l'organisation, incluant les instances syndicales.
- Avec l'appui du comité de travail Associations de cadres/Établissements/Régie régionale, diverses activités conduites par la Régie régionale et les établissements verront à soutenir la mobilisation, la mobilité, le développement et l'utilisation optimale des compétences du personnel d'encadrement du réseau. Plus spécifiquement :
  - ~ Conduire et soutenir une démarche régionale de réflexion sur la redéfinition du rôle des cadres et sur leur repositionnement au sein des organisations, de même que sur l'évolution de la fonction de gestion des ressources humaines.
  - ~ Convenir d'un plan régional de développement des compétences à l'intention du personnel d'encadrement, en fonction des besoins identifiés suite à la démarche précédente, en appui à la réalité de la région et aux démarches locales des établissements.
  - ~ Assurer un support adéquat aux cadres en stabilité d'emploi par l'entremise d'un conseiller en transition de carrière et d'autres moyens, en tenant compte de la fermeture prochaine du Centre de référence des directeurs généraux et des cadres.
  - ~ Considérer la problématique de la relève du personnel d'encadrement et mettre de l'avant des actions spécifiques à compter de l'an 2000.
- En vue de créer des conditions favorables aux actions locales, la Régie régionale invite les établissements et les associations syndicales régionales à se joindre à elle pour conduire des forums régionaux de réflexion et d'échange sur les orientations relatives aux ressources humaines, de sorte à dégager une lecture commune de la réalité et à se donner, éventuellement, des objectifs et des projets communs. Toutefois, de tels forums n'ont pas pour but de créer une instance régionale de négociation des conditions de travail.
- Désormais, la Régie régionale entend impliquer les représentants régionaux des syndicats de la façon suivante dans les dossiers de portée régionale :
  - ~ Rencontrer périodiquement ces représentants pour les informer et discuter de l'évolution des principaux dossiers régionaux en cours ou à venir, que ce soit dans le domaine de l'organisation des services ou de la modernisation de l'infrastructure administrative et de soutien.
  - ~ Consulter les représentants régionaux des associations syndicales concernées sur tout projet de modernisation ou d'organisation des services d'envergure régionale.
  - ~ Convenir au besoin avec les établissements et les associations syndicales concernées

de conduire des travaux de nature régionale propres à faciliter la gestion des effets sur le personnel de divers projets de portée régionale.

- Informer et discuter avec les représentants régionaux concernés des planifications spécifiques d'effectifs qui seront faites.

- La Régie régionale entend revoir avec les établissements les modalités d'utilisation des budgets destinés au développement des compétences, hormis ceux qui sont déjà régis par les conventions collectives. Par ailleurs, la région peut compter sur la constitution du fonds permanent de soutien à l'innovation. Ce fonds se veut un levier pour le développement des pratiques et des interventions jugées efficaces ou prometteuses, le développement des technologies et la modernisation du réseau

Les mesures préconisées en lien simultanément avec deux des stratégies : celle sur l'utilisation optimale des ressources humaines et celle sur le développement des personnes

Si elle est bien comprise et réalisée adéquatement, la planification stratégique des ressources humaines, tant quantitative que qualitative, peut servir véritablement de repère aux activités de développement des compétences à être conduites au sein des organisations. Cela peut être aussi un levier fort utile à une mobilité accrue du personnel vers de nouveaux défis, de nouvelles expériences ou opportunités. Ainsi, contrairement à ce qui s'est vécu au cours des dernières années, la planification stratégique de la main-d'œuvre envisagée ici se fait dans une perspective d'aide à la gestion et non plus de reddition de comptes ou de contrôle. Par ailleurs, la Régie régionale estime qu'il est préférable de faire un usage judicieux de ce levier plutôt que de tenter de conduire de grandes démarches systématiques pour tous les services et toutes les organisations. Ainsi, les problématiques spécifiques liées à la modernisation et à l'organisation de certains services de même qu'à la gestion de la relève, aux pénuries et aux surplus de main-d'œuvre sont les cibles à privilégier en matière de planification stratégique des effectifs.

- La Régie régionale s'assure, avec la collaboration des établissements et des représentants régionaux des syndicats, de l'utilisation maximale du personnel en sécurité d'emploi et de son replacement en totalité le plus tôt possible ou au plus tard en 2002. Bien qu'il y ait eu des efforts remarquables consentis par toutes les parties au replacement de plus de 1 000 salariés au cours des dernières années, la région compte encore 150 personnes en sécurité d'emploi à la fin de mars 1999. Agir avec célérité dans ce domaine permettrait, d'une part, aux personnes concernées de retrouver une situation de travail normale et, d'autre part, aux salariés à temps partiel occasionnel d'avoir accès plus facilement aux postes disponibles dans le réseau. Pour cela, il faut avoir une meilleure planification et coordination des mouvements de dotation de postes au sein des établissements et entre eux, prévoir des mesures d'adaptation et de recyclage du personnel en surplus, revoir les créneaux d'utilisation du personnel en cause et créer des opportunités d'emploi dans de nouveaux secteurs. À cet égard, tous les établissements et toutes les instances syndicales locales et régionales sont tenus de donner la priorité au replacement du personnel en sécurité d'emploi. La Régie régionale entend contribuer financièrement à des mesures concrètes permettant le replacement d'employés sécuritaires, particulière-ment lorsqu'il s'agit de titres d'emploi en véritable surplus chronique. De même, la Régie régionale entend désormais appliquer des pénalités financières lorsqu'un poste est doté par une personne autre qu'un salarié sécuritaire alors qu'il aurait pu y avoir replacement d'un tel salarié sécuritaire, dans le respect des conventions collectives.

- Considérant la grande quantité d'occasions de remplacement pour le personnel occasionnel, la Régie régionale invite instamment chaque employeur et les instances syndicales à conduire des discussions locales de nature à favoriser la mobilité du personnel à temps partiel occasionnel, afin de réduire la précarité de leur situation et de faciliter l'organisation du travail. Parallèlement, la Régie régionale entend interpeller les parties négociantes nationales sur cette problématique.

- Dès 1999, la région entend s'attaquer en priorité aux problématiques suivantes de pénurie ou de surplus de main-d'œuvre : les infirmières, les infirmières-auxiliaires, les techniciens de laboratoire, de diététique et de réadaptation physique.

Les mesures préconisées en lien avec la stratégie sur le développement des personnes

- La Régie régionale adapte à la réalité de la région et met en œuvre les nouveaux programmes de formation développés par le Ministère et les régies régionales à l'intention des membres des conseils d'administration en vue, en-

tre autres, de les sensibiliser à la nécessité d'une gestion renouvelée des organisations et aux défis qu'elle pose.

- La Régie régionale continue de soutenir la démarche de développement des compétences des directeurs généraux, entamée depuis 1994, par des activités de développement adaptées à la réalité et à la dynamique régionale, et tenant compte des orientations nationales à ce sujet.
- Selon le rythme et le contexte particulier qui lui est propre, chaque établissement réalise une démarche de développement des compétences des ressources humaines, incluant les médecins et les personnes bénévoles, et en soumet les résultats à son conseil d'administration sous la forme d'un plan de développement. Il s'agit ici d'une démarche qui invite chaque gestionnaire et les membres de son équipe de travail à :
  - ~ S'approprier les orientations nationales et régionales touchant les services à la population et les ressources humaines.
  - ~ S'approprier les répercussions de ces orientations et de celles dégagées par le conseil d'administration sur l'équipe et l'organisation.
  - ~ Identifier les besoins et les stratégies de développement des compétences destinées à soutenir la mise en œuvre de ces orientations.
- Les établissements et la Régie régionale conviennent de mettre en commun, sous une forme qu'ils auront identifiée, la planification de ces démarches locales et les résultats qui en découlent, de sorte à convenir des outils et des activités qui, par souci de cohérence et d'efficacité, pourraient être développés conjointement à l'intention des ressources humaines du réseau.
- La Régie régionale souhaite s'associer aux représentants des médecins et aux établissements afin d'identifier et de mettre en œuvre des programmes de développement à l'intention des médecins, de manière à faciliter, entre autres, de nouvelles approches d'intervention et l'approche interdisciplinaire en cohérence avec les orientations et les stratégies du plan de consolidation.

Les indicateurs de mesure

En collaboration avec la Régie régionale, les établissements sont invités à entreprendre un exercice de définition des indicateurs, de natures quantitative et qualitative, en gestion des ressources humaines et de suivi des mesures préconisées, de telle sorte qu'ils servent véritablement d'outils et de leviers pour la gestion des ressources humaines et permettent les ajustements requis.

4.2 Les ressources matérielles

La présente section portant sur les ressources matérielles aborde trois thèmes précis : le parc immobilier, la gestion des équipements et la modernisation de l'infrastruture administrative et de soutien des établissements du réseau.

4.2.1 Le parc immobilier

Les modifications structurelles inhérentes à l'actualisation du plan de transformation de 1996 exigent que des travaux immobiliers d'une ampleur sans précédent soient réalisés dans les meilleurs délais. Dans plusieurs territoires, seule l'adaptation imminente de l'ensemble des structures aux besoins émergents permettra de dispenser toute la gamme de services de façon efficace et performante. Ces interventions s'ajoutent à l'actualisation des travaux découlant des problématiques ou orientations suivantes : le développement des services, le plan de consolidation, l'inadéquation des aménagements, le plan de modernisation, les nouvelles orientations régionales, la détérioration et la désuétude des immeubles et équipements, la sécurité, les lois et règlements.

Dans un tel contexte, la Régie régionale se doit de procéder à une analyse rigoureuse de ses besoins en immobilisations. Il est essentiel de développer des mécanismes de communication et de fonctionnement permettant la prise de décisions cohérentes et rapides à toutes les étapes du cheminement d'un projet en immobilisations et équipements. Une telle procédure devra s'appuyer sur une vision globale de la problématique immobilière et favoriser la concertation, l'implication et l'imputabilité des territoires dans une approche réseau, axée sur les impératifs locaux, régionaux et nationaux, afin d'assurer l'utilisation optimale des immeubles et équipements.

Sur le plan du financement des projets, il est requis de convenir d'une stratégie impliquant tous les niveaux et toutes les sources : financement

provincial, fonds accélérés d'investissements et autres fonds spéciaux, financement régional (maintien des actifs, transfert de budgets d'opération), contribution des établissements, capitalisation des budgets de location d'espaces, dons de fondations, autofinancement et autres.

Les mesures préconisées

La Régie régionale doit :

- Mettre en place le cadre régional de gestion des immobilisations visant une plus grande responsabilité des établissements par territoire.
- Élaborer un plan directeur immobilier régional.
- Assister les établissements dans l'élaboration du plan directeur immobilier territorial.
- Mettre en place les mécanismes de priorisation et de validation.
- Élaborer des pistes de financement.

4.2.2 La gestion des équipements

La gestion des équipements du réseau a subi des impacts majeurs au cours de ces dernières années. Dans un premier temps, la transformation du réseau de la santé et des services sociaux de la région a amené des changements importants tant sur le plan des structures que de l'organisation des services de santé et des services sociaux. La création de nouvelles entités et les changements de mission ont conduit les établissements à procéder au transfert de divers équipements ordinaires et médicaux. Par ailleurs, les établissements visés par ces changements structurels font l'objet de programmes fonctionnels et techniques incluant une part importante de capitaux dédiés au mobilier ainsi qu'aux équipements généraux et médicaux.

En haute technologie, le plan de transformation a permis d'instaurer une meilleure distribution des soins de santé. La conséquence de l'application de ce plan est donc le besoin d'une mise à niveau technologique de nature à augmenter la qualité et l'accessibilité des services offerts à la population de la région. De plus, les équipements de haute technologie de nouvelle génération permettent généralement une augmentation de la performance des organisations, ce qui répond à l'un des objectifs visés par la transformation. D'ailleurs, cet objectif est également poursuivi par la démarche de modernisation qui cible certains secteurs d'activités de support et de soutien.

Dans un deuxième temps, le passage à l'an 2000 entraînera le remplacement d'une quantité considérable d'équipements de toute nature. Il est à prévoir que le Ministère devra injecter des capitaux afin de permettre aux établissements de poursuivre leurs opérations au lendemain de l'an 2000. De cette intense activité entourant la gestion des équipements résultera une mise à jour importante des actifs mobiliers.

La mesure préconisée

- Soutenir les secteurs suivants dans leur démarche de mise à niveau technologique et de modernisation :
  - ~ informatisation des laboratoires de biologie médicale;
  - ~ numérisation du secteur de la radiologie;
  - ~ développement de la télémédecine;
  - ~ mécanisation et l'informatisation de la distribution des médicaments.

4.2.3 La modernisation du réseau

La modernisation de l'infrastructure administrative et de soutien des établissements concerne principalement les secteurs suivants :

- Services techniques :
  - ~ buanderie-lingerie;
  - ~ services alimentaires;
  - ~ entretien sanitaire;
  - ~ fonctionnement et entretien des installations matérielles;
  - ~ sécurité et communication;
  - ~ génie biomédical.
- Services administratifs :
  - ~ gestion des ressources financières;
  - ~ gestion des ressources humaines;
  - ~ approvisionnement;
  - ~ archives et accueil.
- Technologies de l'information.
- Services diagnostiques :
  - ~ laboratoires;
  - ~ pharmacie;
  - ~ imagerie médicale.

Le but de la modernisation est d'arriver à ce que les services administratifs et de soutien soient les plus performants et les plus économiques possible. De la sorte, la Régie régionale vise à ce que les ressources confiées au réseau soient le plus

possible consacrées aux services directs à la population, eux-mêmes supportés par une infrastructure administrative et de soutien de qualité.

Il faut donc comprendre que la modernisation de l'infrastructure administrative et de soutien est un levier important permettant :

- L'accroissement de l'accessibilité et de la qualité des services directs à la population grâce aux ressources réinvesties suite à la modernisation.
- L'amélioration continue de la qualité des services cliniques et non cliniques offerts à la population tels l'accueil ou les services alimentaires.
- Le retour à l'équilibre budgétaire des établissements et du réseau.

Voilà plusieurs années que bon nombre d'établissements du réseau tentent de réduire les coûts associés aux services administratifs et de soutien. Il y a trois ans, le plan de transformation escomptait pour 1998-1999 des économies de 21,6 M$ sur les 185 M$ investis en 1995-1996 dans les services techniques, administratifs ainsi que dans les laboratoires. Une part importante des économies escomptées découlait d'une diminution du volume des activités occasionnée par des fusions ou des réductions de lits.

Par ailleurs, depuis juin 1997, d'importants travaux ont été conduits au plan régional afin de dégager, pour chacun des secteurs susmentionnés, les orientations, les balises et les pistes de solution les mieux susceptibles de permettre d'atteindre, comme réseau, une performance optimale de ces services. Ces travaux répondaient alors à une demande ministérielle à l'effet que chaque région produise un plan de modernisation. Ainsi, en mai 1998, des orientations générales ont été émises dans les secteurs de la sécurité et des communications, des technologies de l'information, de l'entretien sanitaire, des services de pharmacie et de l'imagerie médicale. Des recommandations plus précises, y compris en matière de mise en commun, ont été adoptées en juin 1998 par la Régie régionale dans le secteur de la lingerie et de la buanderie.

Toutefois, beaucoup reste à faire. Non seulement faut-il mettre en œuvre dans les meilleurs délais les orientations et les décisions déjà adoptées, mais il y a d'autres secteurs pour lesquels des décisions s'imposent. De plus, il faut maintenir les gains obtenus par les travaux considérables des deux dernières années et apporter les ajustements requis pour une plus grande efficacité des processus.

Par conséquent, la modernisation ne peut plus être envisagée comme une opération ponctuelle. Elle doit être désormais considérée comme une démarche continue pour les trois prochaines années, car il s'agit sans contredit d'une clé de voûte à l'amélioration des services et au recouvrement rapide de l'équilibre budgétaire dans plusieurs établissements et pour le réseau dans son ensemble.

Par ailleurs, il convient de souligner certains des défis qui gravitent autour de la démarche de modernisation et du choix des projets à privilégier. Ce sont :

- La tendance naturelle de la plupart des établissements du réseau est d'analyser les perspectives de modernisation sous un seul angle, celui de l'établissement. Or plusieurs hypothèses de modernisation peuvent être de faible intérêt du point de vue d'un établissement, mais de grand intérêt du point de vue d'un ensemble d'établissements.
- La nécessité de consentir des investissements importants pour réaliser cette modernisation.
- La capacité d'emprunt et d'investissement du réseau dans les divers projets de modernisation est limitée et se trouve « en compétition » avec d'autres utilisations.
- La priorisation des secteurs et projets à explorer et à actualiser doit tenir compte du temps important que requiert la plupart des projets de modernisation et du fait que, somme toute, le champ de la modernisation de l'infrastructure administrative et de soutien est très vaste.
- Les mouvements de personnel et l'utilisation optimale des ressources humaines du réseau sont un autre défi associé à la modernisation. Tout en admettant qu'il y ait des impacts importants auprès du personnel, y compris parfois des pertes d'emploi puisqu'il y a un objectif économique à la modernisation, il y a lieu de tenter de minimiser ces effets négatifs, de voir au replacement rapide du personnel en surplus et finalement, d'associer dans chaque établissement, le personnel concerné et leurs représentants aux projets de modernisation qui doivent être conduits.

Les mesures préconisées

- Passer d'une démarche de confection d'un plan de modernisation à une démarche régionale continue de modernisation de l'infrastructure administrative et de soutien.
- Appliquer le critère de décision à l'effet de rendre obligatoire la mise en commun des servi-

ces administratifs et de soutien chaque fois que cela est jugé le plus efficient et le plus efficace d'un point de vue de réseau, une telle mise en commun pouvant au besoin desservir les établissements de plusieurs territoires de CLSC.

- Mettre dorénavant l'accent sur la conduite au régional d'un plus petit nombre de dossiers majeurs de modernisation, mieux encadrés et de courte durée, plutôt que de tenter de conduire des travaux dans un grand nombre de secteurs simultanément.
- À moins d'entente contraire avec les établissements pour un dossier en particulier, identifier clairement la Régie régionale comme responsable de piloter les travaux de modernisation de portée régionale, avec la participation active des établissements.
- Recourir plus fréquemment à l'engagement de ressources externes, qu'elles proviennent ou non du réseau, pour intensifier et accélérer la réalisation des travaux requis ou pour apporter un éclairage extérieur et neutre dans certains dossiers régionaux.
- Privilégier l'autofinancement par les économies escomptées comme stratégie de financement des projets de modernisation locaux ou régionaux.
- Consacrer une partie du fonds permanent de soutien à l'innovation de 7 M$ à soutenir des investissements importants, générateurs d'économies significatives et obtenir une partie des investissements ministériels correspondant minimalement au poids relatif de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Afin de consolider la concertation régionale initiée par la démarche de modernisation depuis juin 1997, mettre sur pied un regroupement régional dans chacun des deux secteurs suivants : les ressources financières et les services techniques (services de soutien, équipements et immobilisations). Ces regroupements réuniraient tous les directeurs de la région en charge du secteur concerné, toutes catégories d'établissement confondues, de même que l'équipe concernée de la Régie régionale. S'inspirant de l'expérience fructueuse vécue depuis deux ans dans le secteur des ressources humaines, de tels regroupements consultatifs aux établissements et à la Régie régionale permettent aux personnes qui y participent de :
  - ~ Partager l'information et les expériences pertinentes les concernant.
  - ~ Identifier des problèmes communs et dégager des pistes de solution.
  - ~ Dégager des orientations et des actions concertées.
  - ~ Formuler, sur demande ou à leur propre initiative, des recommandations appropriées aux directions générales de la Régie régionale et des établissements.
  - ~ Identifier les besoins de développement des personnes qui composent ces regroupements afin de les aider à mieux jouer leur rôle de gestionnaire stratégique du secteur dont ils ont la responsabilité.

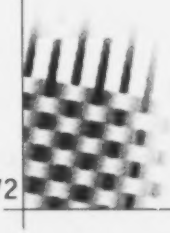
4.3 Les ressources informationnelles

Les ressources informationnelles sont maintenant vues comme une clé pouvant contribuer au soutien de la transformation que vit le réseau depuis plusieurs années.

Les partenaires sont interpellés à construire de nouvelles alliances basées sur des changements dans la façon de concevoir et de dispenser les services. La consolidation introduit des règles de performance plus exigeantes en termes de continuité et de qualité des services. Il ne sera possible de les atteindre que si l'information sur les clients est accessible et évite l'obligation fastidieuse et coûteuse de la répéter à chaque nouvelle intervention.

Les ressources informationnelles sont maintenant vues comme une clé de succès pouvant contribuer au soutien de la transformation que vit le réseau depuis plusieurs années.

Il faut évidemment s'assurer que l'accès aux informations d'un usager soit encadré par des mesures de sécurité qui en protègent la confidentialité. La confidentialité des données cliniques doit se situer au cœur des préoccupations de la Régie régionale. En conséquence, elle doit assumer pleinement son rôle de vigie. D'abord, la Régie régionale doit s'assurer que le Ministère et la SOGIQUE lui fournissent toutes les garanties nécessaires quant à la sécurité de l'architecture informatique supportant les technologies de l'information. Ensuite, la Régie régionale doit fournir aux établissements l'encadrement nécessaire afin que le développement local se fasse en toute sécurité. Finalement, elle doit s'assurer que toutes les instances impliquées accordent la plus grande importance à ce dossier, en se servant de tous les leviers mis à sa disposition.



Les technologies de l'information doivent également soutenir les efforts d'amélioration de l'efficacité et de l'efficience en diminuant le temps nécessaire au diagnostic et au traitement tout en améliorant les échanges opérationnels entre les établissements. Les premiers exemples de ces liens cliniques entre établissements sont la télémédecine, l'examen des films radiologiques à distance et certaines analyses de laboratoire qui doivent être regroupés et centralisés compte tenu du degré de spécialisation et du plateau technique requis.

Sur le plan national, le contexte de développement des ressources informationnelles est en changement rapide. Le Ministère dispose d'une planification stratégique pour 1998-2001 qui oriente d'importants projets structurants pour la province. La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec se doit d'emboîter le pas en s'inscrivant dans ce courant des projets nationaux. Il est question ici du déploiement du réseau de télécommunication sociosanitaire qui va relier tous les sites du réseau de la santé à l'aide d'une bande de télécommunication robuste, rapide et sécuritaire, de même que de plusieurs systèmes d'information qui supportent les services dans les établissements.

En terminant, il faut mentionner la priorité que représente le passage à l'an 2000 de tous les systèmes en santé et bien-être qui peuvent être affectés par ce problème.

Les mesures préconisées

- S'assurer de la conformité des équipements avec composantes informatiques et de leur capacité fonctionnelle en l'an 2000.

  Ce projet vise à adapter les systèmes informatiques et équipements techniques pour s'assurer que les microprocesseurs qu'ils utilisent soient fonctionnels en l'an 2000. Les objectifs poursuivis sont en lien avec le maintien des services, la qualité, la continuité et la sécurité des opérations.

  Une première estimation chiffre à environ 9 M$ les frais de remplacement ou d'adaptation des équipements dans la région. Les coûts les plus importants se situent sur le plan des équipements biomédicaux. La Régie régionale devra identifier les sources de financement de cette opération et le Ministère devra y contribuer par des ajouts budgétaires. Les établissements devront également prioriser le remplacement des systèmes ou équipements non conformes dans leurs choix internes.

- Avoir complété la mise en place, en 1999-2000, d'un centre régional de services partagés en technologies de l'information.

  Le centre de services partagés en technologies de l'information est une formule de mise en commun d'expertise et de ressources technologiques dans la Mauricie et le Centre-du-Québec. Sa clientèle est composée des établissements et de la Régie régionale. Sa mission consiste à organiser et rendre des services informatiques communs tels que :

  - l'acquisition, la mise en place et l'exploitation de technologies de l'information;
  - l'exploitation informationnelle de données;
  - le déploiement d'applications provinciales et régionales communes.

  Ces services sont offerts aux établissements du réseau et aux organisations du secteur sociosanitaire régional dans une perspective de partage des ressources informationnelles et sur la base des mandats reçus de la Régie régionale.

  Il est prévu que les modalités de financement s'effectuent sur le principe d'utilisateur-payeur; chaque utilisateur est appelé à cotiser d'un montant en contrepartie des services qu'il reçoit.

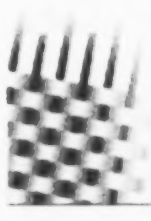
- Élaborer un plan directeur régional en technologies de l'information.

  Le plan directeur vise à orienter le développement des projets régionaux. Il permet de prioriser, rationaliser et promouvoir des formules de partage dans les investissements technologiques en tenant compte des particularités de la région.

  L'illustration qui précède montre la portée du plan directeur. Ce plan cible principalement le réseau de la santé et des services sociaux et les échanges opérationnels et informationnels entre les établissements et la Régie régionale. Il considère également les organismes et intervenants du secteur de la santé et des services sociaux et les maillages à prévoir avec eux.

  Cette démarche soulève des débats et des questions fondamentales. À titre d'exemple, le financement des déploiements de systèmes informationnels doit y être abordé de même que les liens technologiques avec les cabinets privés de médecins et les pharmacies.

- Élaborer une planification en technologies de l'information régionale.



La planification en technologies de l'information régionale fournit une vision intégrée des développements provinciaux et régionaux. Les projets provinciaux proviennent essentiellement de la SOGIQUE et du Ministère qui en assure le financement partiel. Les projets régionaux regroupent ceux déjà en cours au régional ainsi que ceux retenus dans les orientations du plan directeur régional qui en assure le financement.

La planification fournit également la vision de l'ensemble des coûts relatifs à tous les projets annoncés pour les trois prochaines années, la vision globale du financement nécessaire à leur déploiement, la vision intégrée des déploiements ainsi que la description précise des projets.

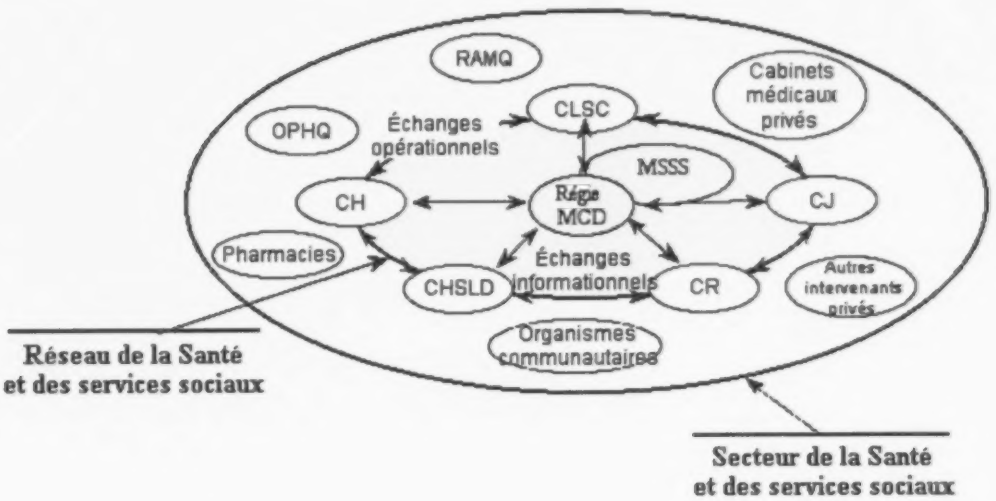
- Déployer le réseau de télécommunication sociosanitaire.

  Le déploiement d'un réseau de télécommunication de la santé et des services sociaux (RTSS) constitue l'un des éléments fondamentaux de la mise sur pied d'un véritable réseau intégré de services et permet les échanges opérationnels et informationnels. Voici quelques avantages que pourront en retirer les établissements et les usagers :

  - le support aux échanges de données opérationnelles, informationnelles, administratives et cliniques;
  - la réduction du temps d'accès aux informations et l'augmentation de la qualité de l'information ;
  - la circulation sécuritaire des informations;
  - la disponibilité d'une gamme de services plus étendue;
  - l'accroissement de l'accessibilité aux services.

  Le RTSS constitue un élément facilitant pour le déploiement des systèmes d'information clientèles : SICHELD, Intégration CLSC, PIJ, SIRTF, dépistage du cancer du sein, SIIATH, etc.

Illustration de la portée du plan directeur régional



4.4 Les ressources financières

Le contexte et les perspectives

L'enveloppe de la région, pourvue en sa totalité par le Ministère et la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec, ne dispose d'aucune autre source de revenus hormis les contributions des usagers.

Par conséquent, la marge de manœuvre régionale pour rehausser le niveau de financement des services en place, soutenir les coûts de transition, consolider le financement des établissements et des organismes ou pour soutenir les orientations et stratégies du *Plan de consolidation 1999-2002* ne peut venir que de deux sources. D'une part, la marge de manœuvre peut venir des crédits nouveaux confiés à la région par la ministre, ces crédits étant tributaires de la capacité de payer de l'État, de l'arbitrage exercé par le gouvernement entre ses différentes missions (social, éducation, culture, économie, etc.) et des priorités établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux. D'autre part, cette marge de manoeuvre peut venir de la capacité propre de la région à dégager ses propres marges de manœuvre à partir des ressources dont elle dispose déjà, afin de les réallouer en fonction des priorités régionales et nationales.

Pour ce qui est de la capacité de la région à dégager des marges de manœuvre de 1999-2000 à 2001-2002, il se dégage trois constats : premièrement, au cours des quatre dernières années (1995-1996 à 1998-1999), le réseau régional des établissements a contribué à des efforts budgétaires nets, demandés par le Ministère, de l'ordre de 57,3 M$. Cette somme est composée, d'une part, d'une réduction réelle de l'enveloppe régionale de l'ordre de 20 M$, passant de 595 M$ à 575 M$ par année. D'autre part, le Ministère n'a pas financé au cours de ces années l'accroissement des coûts dits de système ou de programme (ex. : inflation, année bissextile, progressions salariales associées aux années d'expérience). La valeur de ce non-financement est estimée à 37,3 M$.

Deuxièmement, faut-il rappeler également qu'en plus de cet effort, le plan de transformation adopté en 1996 a prévu des réallocations intrarégionales de l'ordre de 65,3 M$ pour financer les priorités régionales et constituer une péréquation pour compenser en partie la hausse des coûts de programme. Compte tenu du montant de 1,3 M$ dégagé en 1995-1996, avant l'adoption du plan de transformation pour financer les priorités régionales identifiées à ce moment-là, les sommes totales dégagées au cours des quatre dernières années furent donc de 66,6 M$.

La Mauricie et le Centre-du-Québec est la région sociosanitaire au Québec qui, toutes proportions gardées, a appliqué la plus forte pression budgétaire sur son réseau aux fins de réallouer des ressources vers les priorités établies régionalement et actualiser de la sorte son plan de transformation.

Un troisième constat qui découle des deux précédents est que la région Mauricie et Centre-du-Québec a pratiquement épuisé sa capacité régionale à dégager des marges de manœuvre pouvant être réparties entre programmes clientèles, établissements et organismes, comme ce fut le cas de 1995-1996 à 1998-1999. À l'exception du programme clientèle santé mentale pour lequel des réallocations plus substantielles sont envisagées en 1999-2000, les marges de manœuvre futures en provenance de la région ne pourront être que fort modestes.

Par ailleurs, cela ne veut pas dire qu'il n'y ait plus aucune possibilité pour les établissements de dégager des marges de manœuvre à partir d'une révision de leurs processus cliniques ou de la modernisation de leurs services administratifs et de soutien. La Régie régionale est d'avis, cependant, que ces marges de manœuvre ne peuvent plus être réallouées au profit d'autres programmes clientèles ou pour atteindre une équité intrarégionale. Elles serviront plutôt au maintien ou au retour à l'équilibre budgétaire des établissements qui réalisent ces gains d'efficience, à contrer partiellement le sous-financement de certains services ou à affronter l'accroissement de la demande.

C'est donc dire que la Régie régionale devra compter essentiellement sur l'apport de crédits additionnels, en provenance du Ministère, pour soutenir la majeure partie des divers besoins financiers de la région. Ces besoins sont estimés dans les pages qui suivent.

Selon la lecture qu'elle fait du contexte politique et économique actuel, la Régie régionale anticipe, au cours des trois prochaines années, l'injection significative de nouvelles ressources en provenance du Ministère, mais sur des cibles prédéterminées et à un niveau qui ne pourra rencontrer l'ensemble des besoins financiers de la région.

Ainsi, pour l'année 1999-2000, les annonces ministérielles applicables à la Mauricie et au Centre-du-Québec sont les suivantes :

- Crédits additionnels pour les services de maintien à domicile dont la valeur estimée est de 3,1 M$, annualisés à 3,7 M$.
- Crédits additionnels pour les services spécialisés et surspécialisés dont la valeur estimée est de 2,7 M$, annualisés à 2,9 M$.
- Crédits pour assumer les coûts de croissance des programmes, dont l'indexation des autres dépenses, les coûts de système salariaux et les parts de l'employeur, augmentation des coûts des médicaments, l'année bissextile, le redressement des revenus budgétisés (ajustement aux revenus anticipés au chapitre des suppléments de chambres privées en courte durée ainsi que la facturation à une tierce responsabilité telle que la CSST, les non-résidents, etc.). La valeur estimée de ces crédits est de 6,4 M$.
- Crédits additionnels pour les services aux jeunes associés au plan d'action jeunesse. La portion destinée à la région sur les 27 M$ prévus pour le Québec n'est pas encore connue.

De plus, la région recevra un montant à déterminer pour le coût d'incitatifs destinés à récompenser les succès des établissements qui sont à la fois en équilibre budgétaire ou en surplus et qui ont enregistré un surplus accumulé. La somme prévue à cette fin s'élève à 10 M$ pour l'ensemble de la province.

Enfin, le gouvernement a prévu une provision pour assumer les coûts associés aux augmentations salariales qui seront négociées avec le personnel du réseau.

Il faut conclure de ce qui précède qu'au cours des trois prochaines années, d'une part, compte tenu de l'ampleur des besoins et de la rareté relative des ressources, la Régie régionale aura à mettre en place une grille d'analyse permettant d'identifier annuellement les objets devant être soutenus dans le cadre du plan de consolidation et, d'autre part, à mesurer de façon systématique les résultats atteints grâce aux investissements effectués dans le cadre des priorités régionales.

Les stratégies de financement du *Plan de consolidation 1999-2002*

Les stratégies de financement proposées prennent leurs assises sur les orientations générales mises de l'avant dans le plan de consolidation. Elles viennent appuyer l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité de services offerts à la population de la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Dans le présent contexte, la stratégie de financement du *Plan de consolidation 1999-2002* s'appuie sur les éléments suivants :

- l'identification des besoins financiers 1999-2002;
- le retour rapide à l'équilibre budgétaire;
- la création d'un fonds de soutien à l'innovation;
- la gestion de l'enveloppe régionale à partir de quatre enveloppes;
- le cap sur l'équité intrarégionale et interrégionale.

4.4.1 L'identification des besoins financiers 1999-2002

La grande majorité des stratégies et mesures préconisées dans le plan de consolidation peuvent se réaliser sans ajout budgétaire, c'est-à-dire à même l'enveloppe budgétaire récurrente qui s'élève à 575 M$ en 1998-1999. La plupart du temps, il s'agit d'utiliser différemment les ressources en place ou encore de les mettre en synergie dans le cadre de l'une ou l'autre des stratégies ou mesures prévues au plan.

Par ailleurs, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a des besoins d'investissements additionnels dont elle ne peut assumer qu'une portion fort réduite. Ces investissements sont requis soit pour réaliser certaines des priorités du *Plan de consolidation 1999-2002*, soit pour remettre ou maintenir le réseau en équilibre budgétaire. L'ajout de crédits en provenance du Ministère s'avère essentiel. Ces besoins d'investissements sont de cinq types :

- Les investissements récurrents associés à certaines des stratégies et mesures contenues dans le plan de consolidation.
- Les investissements récurrents associés à un sous-financement de certains services, établissements ou organismes.
- Les investissements récurrents associés à l'accroissement prévisible de la demande, comme pour la dialyse rénale, l'alourdissement de la clientèle hébergée en CHSLD ou l'application du cadre de gestion sur les ressources intermédiaires.
- Les investissements non récurrents associés aux coûts de transition qui demeureront importants pendant les trois prochaines années, suite aux mouvements de main-d'œuvre, aux transformations structurelles en cours ou à des opérations d'envergure telle l'intégration sociale des résidents de l'Hôpital Saint-Julien.

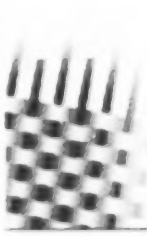
Tableau 4 : **Besoins d'investissements pour 1999-2002**

Besoins récurrents	
Promotion/prévention et interventions intersectorielles	7 800 000 $
Santé physique	12 200 000 $
Santé mentale	1 500 000 $
Enfance, jeunesse, famille	900 000 $
Personnes âgées en perte d'autonomie	15 300 000 $
Déficience physique	6 000 000 $
Déficience intellectuelle	400 000 $
Alcoolisme et toxicomanie	1 400 000 $
Autres programmes	19 150 000 $
	64 650 000 $
Secteur communautaire	10 500 000 $
Besoins non récurrents associés à certains coûts de transition	**30 700 000 $**

- Les investissements non récurrents associés à la modernisation de l'infrastructure administrative et de soutien, aux technologies de l'information, au déploiement des systèmes d'information clientèle, aux équipements de haute technologie et aux immobilisations. À ce sujet, l'accélération des plans d'immobilisations et des plans de modernisation apparaît comme un incontournable afin de permettre le succès de la transformation et le retour rapide à l'équilibre budgétaire de plusieurs établissements de la région.

Le tableau qui précède permet au Ministère et aux partenaires de la région de prendre connaissance de l'estimation actuelle des besoins d'investissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour les trois années à venir. Elle devra faire l'objet d'une révision annuelle, à la lumière de l'évolution de la situation et des priorités nationales. Cette estimation est présentée à titre indicatif et ne doit pas être comprise comme un engagement financier de la part de la Régie régionale. Ainsi, les besoins d'investissements récurrents sont estimés à 64,65 M$. La Régie régionale est elle-même en mesure de soutenir ces besoins pour une valeur de 11,2 M$, particulièrement à partir de réserves créées en 1997-1998 et 1998-1999 pour les services ambulatoires spécialisés et pour la provision d'une partie du fonds de soutien à l'innovation. À cette somme de 64,65 M$, il faut ajouter 10,5 M$ au chapitre de la consolidation du soutien aux organismes communautaires, pour un total récurrent estimé à 75,15 M$. Le besoin de soutien financier récurrent de la part du Ministère s'élève donc à 63,95 M$ lorsqu'est considéré la mise de fonds régionale de 11,2 M$.

Les coûts de transition estimés à 30,7 M$ pour la période 1999-2000 à 2001-2002 couvrent les coûts non récurrents suivants : coûts associés aux transformations de structures de certains établissements (12 M$), coûts associés aux mesures de sécurité et de stabilité d'emploi (9 M$), coûts de recyclage et d'adaptation de la main-d'oeuvre (4 M$), coûts en lien avec le processus d'intégration sociale des résidents de l'Hôpital Saint-Julien (5 M$) et coûts associés à l'implantation de la stratégie d'amélioration continue de la qualité des services (0,7 M$). Il faut comprendre que la région demande au Ministère d'assumer financièrement la totalité de ces 30,7 M$. Quant aux autres besoins d'investissements non récurrents, c'est-à-dire ceux reliés aux projets de modernisation et aux technologies de l'information, aux équipements et aux projets d'immobilisations pour les trois prochaines années, ils feront l'objet d'une évaluation précise communiquée au Ministère au cours de l'année 1999-2000.



En tenant compte de l'importance des crédits additionnels qui parviendront du Ministère et des conditions et priorités qui y seront rattachées, la Régie régionale verra à établir annuellement l'ordre de priorité dans l'utilisation de ces crédits et les conditions associées aux utilisations priorisées, dont les mécanismes de reddition de comptes. La Régie régionale entend alors considérer l'objectif d'équité intrarégionale et privilégier les stratégies jugées les plus efficaces ou les plus prometteuses.

Le versement de sommes de développement qui pourraient être rendues disponibles par la Régie régionale se fera, lorsqu'applicable, sur la base de projets de concertation réelle soumis au préalable par les partenaires concernés sur les objets de développement en question.

Enfin, d'ici l'obtention des ressources additionnelles souhaitées, les ajustements et les développements de services de même que les contraintes reliées au volume et à la lourdeur de la clientèle devront être gérés et assumés par chacun des établissements et des programmes clientèles, à l'intérieur des enveloppes budgétaires actuellement disponibles, sans aggraver la situation budgétaire des établissements.

4.4.2 Le retour rapide à l'équilibre budgétaire

Il est admis que le plan de transformation était ambitieux. Ce plan traduisait la volonté de la Régie régionale d'opérer des changements profonds tant au niveau des structures que de l'organisation des services. Une transformation de cette envergure, dans un laps de temps aussi court, ne peut se réaliser sans laisser des séquelles. En plus, le programme de départs volontaires, initié par le gouvernement en 1997, est venu compliquer davantage la situation.

Le déficit actuel des établissements et les projections faites des résultats de l'exercice financier 1998-1999 sont inquiétants. Des efforts considérables doivent être déployés par plusieurs établissements en vue de retrouver le chemin de l'équilibre budgétaire. À cet égard, les gains d'efficience, notamment par la modernisation des infrastructures administratives et de soutien, et par la révision des processus cliniques doivent servir prioritairement à ramener les établissements sur la voie de l'équilibre budgétaire.

L'annonce ministérielle de mars 1999, à l'effet de dégager 700 M$ au national afin de soulager le réseau du fardeau de la dette accumulée au 31 mars 1999, constitue une bonne nouvelle pour la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Toutefois, certains établissements auront encore à assumer des coûts de transition importants au cours des trois prochaines années. À cet égard, la Régie régionale entend continuer à apporter son soutien à ces établissements dans la mesure des ressources dont elle dispose.

Par ailleurs, la Régie régionale considère que l'atteinte de l'équilibre budgétaire demeure un objectif incontournable. Il est de la responsabilité de chaque établissement de prendre les dispositions nécessaires pour atteindre cet objectif. Aussi, la Régie régionale entend convenir avec chaque établissement d'un plan d'action devant conduire à l'équilibre le plus tôt possible ou, au plus tard, le 1er avril 2002.

Pour concrétiser cet objectif, la Régie régionale entend utiliser tous les leviers mis à sa disposition. À ce titre, le soutien financier, en regard de projets de modernisation et les autorisations accordées dans le cadre des projets d'investissements (immobilisations et équipements) seront conditionnels à l'approbation, par la Régie régionale, de plans d'équilibre budgétaires crédibles et assortis d'échéanciers de réalisation très précis.

Enfin, la Régie régionale rappelle au Ministère qu'elle estime que l'accélération des plans d'immobilisations et de modernisation demeure une condition essentielle au retour rapide à l'équilibre budgétaire et qu'elle attend un appui substantiel de la part du Ministère à ce chapitre.

4.4.3 La création d'un fonds permanent de soutien à l'innovation

La Régie régionale entend constituer, à compter du 1er avril 1999, un fonds permanent de l'ordre de 7 M$ par année pour soutenir l'innovation dans le réseau régional de la santé et de services sociaux. Cet investissement se veut un levier pour amener la région sociosanitaire à exercer un leadership dans les trois secteurs suivants :

La Régie régionale entend constituer, à compter du 1er avril 1999, un fonds permanent de l'ordre de 7 M $ par année pour supporter l'innovation dans le réseau régional de la santé et des services sociaux.

- le développement de pratiques et d'interventions jugées efficaces ou prometteuses;

- le développement des technologies de l'information;
- la modernisation du réseau.

Le développement de pratiques et d'interventions jugées efficaces ou prometteuses

À l'aube du troisième millénaire, la Régie régionale juge qu'il est essentiel de favoriser l'émergence et la mise en œuvre de pratiques et d'interventions qui soient en lien avec les orientations du *Plan de consolidation 1999-2002* et qui soient jugées efficaces ou prometteuses dans le domaine des services à la population.

La Régie régionale entend donc soutenir financièrement les projets qui pourraient générer, comme retombées mesurables, l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services offerts à la population. De tels projets devront favoriser l'acquisition de nouvelles connaissances, l'initiation de pratiques nouvelles et prometteuses, le développement des compétences des ressources humaines et, s'il y a lieu, la maîtrise de nouvelles technologies. Seuls les projets issus d'une concertation réelle des partenaires d'un ou de plusieurs territoires seront admissibles à ce soutien. Les modalités d'accès à ce soutien financier seront établies ultérieurement.

Le développement des technologies de l'information

Pour assurer le développement technologique du réseau, la Régie régionale s'est engagée à l'automne 1998 à constituer, sur un horizon de cinq ans (1997-2002), un fonds de 10 M$ pour soutenir le déploiement des technologies de l'information, notamment celles en lien avec les pratiques professionnelles. Le fonds de soutien à l'innovation pourra être mis à contribution en sus des 10 M$ déjà prévus. Cette orientation traduit la volonté de la Régie régionale de combler le retard que le réseau a subi au cours des dernières années et de positionner la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec comme leader dans ce domaine. Pour la Régie régionale, il est essentiel que la région dispose des moyens financiers pour assumer les mandats en regard du déploiement de tous les systèmes actuellement en développement sur le plan national. La contribution financière attendue du Ministère en regard de ces systèmes viendra consolider ce fonds. La Régie régionale entend mener des travaux au cours des prochains mois afin d'évaluer avec plus de précision les investissements requis dans chacun des secteurs (Technocentre, dossiers clients, pratiques professionnelles, laboratoires, radiologies, services administratifs, etc.).

La modernisation du réseau

La nécessité de consentir des investissements importants pour réaliser la modernisation de l'infrastructure administrative et de soutien des établissements du réseau ne fait pas de doute puisque, plus souvent qu'autrement, celle-ci repose sur une automatisation accrue des opérations à l'aide d'équipements et d'immobilisations modernes et complexes. Cette réalité est reconnue par le Ministère qui, lui-même, a annoncé un investissement au Québec de 66 M$ sur un horizon de trois ans (1998-2001). À cet égard, un investissement de 26 M$ pour l'exercice 1998-1999 a déjà été dégagé. Pour sa part, la Régie régionale a engagé à cette fin une somme non récurrente de 7,2 M$ en 1998-1999.

Poursuivant dans cette foulée, le fonds permanent de soutien à l'innovation est aussi destiné à soutenir des investissements importants et générateurs d'économies significatives dans le champ de la modernisation de l'infrastructure administrative et de soutien. Pour avoir accès à ce fonds, l'établissement doit être en équilibre budgétaire ou soumettre à la Régie régionale un plan permettant le retour à l'équilibre budgétaire.

4.4.4 La gestion de l'enveloppe régionale à partir de quatre enveloppes

La Régie régionale entend, au cours des trois prochaines années, identifier quatre enveloppes distinctes :

1. Une enveloppe pour les services de base.
2. Une enveloppe pour les services spécialisés en santé physique et en santé mentale.
3. Une enveloppe pour les services offerts par des établissements à vocation régionale.
4. Une enveloppe centralisée.

1. L'enveloppe pour les services de base

La Régie régionale entend entamer des travaux afin d'identifier la partie de l'enveloppe régionale qui sera constituée pour financer l'ensemble des services de base accessibles dans chacun des onze territoires, par programme clientèle. Ainsi, chaque territoire recevra, pour chacun des pro-

grammes clientèles, sa quote-part de l'enveloppe régionale et ce, selon les principes d'équité qui seront convenus avec les partenaires.

Des experts cliniques devront au préalable identifier dans chacun des onze territoires la gamme de services offerts et leur niveau d'intensité à l'intérieur de chacun des programmes clientèles. A priori, cette enveloppe par programme clientèle comprendra l'ensemble des ressources actuellement sous la responsabilité des CHSLD et des CLSC, à l'exception des services de type hospitalier conservés dans certains établissements locaux. Par ailleurs, les résultats des travaux conduits actuellement dans le cadre de l'actualisation et de la mise en œuvre du programme de santé mentale seront pris en considération lors de l'identification de l'enveloppe attribuable pour les services de base en santé mentale.

Cette approche trouve son fondement dans les principes de subsidiarité et d'imputabilité. Elle viendra renforcer la responsabilité des partenaires à l'égard d'une population à desservir, de la consommation de cette population et de la production des services qui lui sont destinés. Cette approche permettra, le cas échéant, à chacun des territoires de dégager des marges de manœuvre pour financer des priorités locales, dans la mesure où celles-ci sont cohérentes avec les orientations régionales et nationales.

Cette stratégie de financement commande que la Régie régionale procède, en association avec les partenaires concernés, aux étapes suivantes :

- L'identification des paramètres et des balises minimales en matière de services à offrir, de ressources à consacrer et de résultats à atteindre dans chaque territoire.
- L'établissement des mécanismes de concertation et de décision opérationnels dans chaque territoire ainsi que le soutien de la Régie régionale en cas de difficulté ou d'impasse.
- La mise en place de processus territoriaux et régionaux de reddition de comptes et de suivi cohérents avec cette stratégie, puisque cette façon de faire ne saurait soustraire la Régie régionale et les établissements à leurs obligations légales et réglementaires.

En cohérence avec ses engagements antérieurs en regard de l'équité, la Régie régionale estime que les paramètres à retenir pour la constitution des onze enveloppes territoriales doivent, au minimum, prendre en considération les éléments suivants :

- La taille de la population à desservir.
- Les besoins des populations visées reflétés par des indicateurs de besoins. À ce titre, la Régie régionale entend mener des travaux afin de revoir et mettre à jour les indicateurs utilisés actuellement.
- Les coûts de production de base permettant d'assurer le continuum de services dans chaque territoire. En effet, il est entendu que les coûts de production sont proportionnellement plus élevés dans les territoires dont la taille de la population est plus faible. Il est admis dans la littérature que l'absence de masse critique, l'importance relative des charges administratives et de soutien ainsi que la dispersion de la population à desservir sont des facteurs qui influencent les coûts de production.

Bien entendu, l'actualisation de cette stratégie tiendra également compte des dynamiques territoriales et de la nécessité d'une période de transition qui doit préalablement amener les établissements du territoire sur la voie de l'équilibre budgétaire.

La Régie régionale entend procéder de façon graduelle à l'expérimentation de cette approche en commençant par le programme personnes âgées en perte d'autonomie.

2. L'enveloppe pour les services spécialisés en santé physique et en santé mentale

Tout d'abord, il importe de reconnaître que le plan de transformation adopté en 1996 a largement mis à contribution le programme de santé physique, plus particulièrement en ce qui a trait aux services spécialisés. À cet égard, les centres hospitaliers ont été la catégorie d'établissements la plus touchée par la transformation.

Contrairement aux orientations retenues au plan de transformation où l'organisation des services et le cadre de financement étaient articulés autour de cinq sous-régions, le *Plan de consolidation 1999-2002* met de l'avant une stratégie voulant que les quatre centres hospitaliers de la région et le Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice, pour certains services de nature hospitalière, soient mandatés conjointement pour la prise en charge de l'ensemble de la population en regard des services spécialisés de santé physique et de santé mentale. Cette responsabilité collective doit se faire en tenant compte des bassins naturels d'attraction des établissements et de la contribution des établissements suivants qui ont conservé certains services de type hospitalier en santé physique suite à la transformation de 1996 : le CHSLD du Centre Mauricie (site Grand-Mère),

le Regroupement Cloutier-du Rivage, le Regroupement de la santé et des services sociaux de la MRC de Maskinongé et le Complexe Santé et Services Sociaux Nicolet-Yamaska.

L'enveloppe budgétaire identifiée pour ces services spécialisés sera répartie entre les établissements concernés, selon une méthodologie qui reste à convenir. L'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services, ainsi que le degré de performance attendue influenceront la distribution de cette enveloppe. Cette répartition doit minimalement prendre en considération les principes suivants :

- le maintien des quatre centres hospitaliers;
- la reconnaissance des mandats régionaux dévolus actuellement au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières en santé physique;
- la reconnaissance des mandats régionaux dévolus actuellement au Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie en santé mentale;
- la reconnaissance de la contribution des établissements mentionnés précédemment qui ont conservé certains services de type hospitalier et l'inclusion des sommes qui y sont consacrées dans l'enveloppe pour les services spécialisés;
- le bassin naturel d'attraction des centres hospitaliers.

Par ailleurs, compte tenu de l'effort sans précédent que les centres hospitaliers ont pu fournir au cours des quatre dernières années, la Régie régionale entend consolider les services spécialisés offerts par ces établissements et ce, dans la mesure où des ressources additionnelles sont mises à la disposition de la région. De plus, la Régie régionale apportera tout le soutien nécessaire en regard de la modernisation des infrastructures administratives et de soutien, de même qu'en ce qui concerne les changements de pratiques, la formation et l'adaptation de la main-d'œuvre.

3. L'enveloppe pour les services offerts par des établissements à vocation régionale

Cette enveloppe sera constituée des ressources permettant de financer les services actuellement offerts par des établissements à vocation régionale œuvrant dans le secteur social. Ce sont :

- les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec;
- le Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec;
- le Centre de réadaptation InterVal;
- Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec;
- le Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie, pour ce qui est du volet régional du programme santé mentale.

La Régie régionale entend renforcer le maillage entre les établissements locaux et les établissements à vocation régionale en regard de l'ensemble de la gamme de services disponibles dans les territoires. Pour ce faire, la Régie régionale conviendra, avec les partenaires, de mécanismes de reddition de comptes des établissements à vocation régionale à la fin de chaque année financière. Cette reddition de comptes doit inclure minimalement l'identification des ressources humaines et financières attribuées à chaque territoire, ainsi que la nature et l'intensité des services offerts aux usagers du territoire. Ainsi, chaque territoire sera en meilleure position pour convenir avec les partenaires régionaux la gamme et le degré d'intensité de services auxquels son territoire est en droit de s'attendre. Inversement, les établissements à vocation régionale seront aussi en droit de s'attendre à ce que les établissements locaux précisent la gamme de services offerts par eux à la clientèle en cause. La Régie régionale est favorable à des ententes bipartites entre établissements régionaux et territoriaux sur les contributions respectives de chacun.

4. L'enveloppe centralisée

La Régie régionale entend gérer de façon centralisée une enveloppe régionale constituée des programmes suivants :

- le soutien aux organismes communautaires;
- les services préhospitaliers d'urgence;
- les autres fonds régionaux.

Le soutien aux organismes communautaires

Même si le niveau d'intervention des organismes communautaires se situe davantage au palier local, la Régie régionale se propose quand même de maintenir une gestion centralisée de l'enveloppe budgétaire de soutien aux organismes communautaires (SOC). Compte tenu du cadre législatif actuel et des caractéristiques propres aux organismes communautaires, la Régie régionale est d'avis qu'il demeure souhaitable que le financement du SOC continue à être pourvu selon les mécanismes actuellement en vigueur.

Il est admis que les organismes communautaires interviennent davantage en tant qu'agents de changement et de développement social plutôt que

dans la prestation de services. À cet égard, la Régie régionale, en partenariat avec ces organismes, entend conduire des travaux en vue d'explorer les sources possibles de financement à l'extérieur des programmes clientèles.

Par ailleurs, des travaux devront être également menés afin de revoir le financement de base, convenir des principes d'équité et identifier les services offerts par certains organismes communautaires qui pourront être considérés dans le continuum de services.

De plus, considérant les besoins de financement que le secteur communautaire juge nécessaires pour atteindre une certaine autonomie dans ses actions, il est irréaliste de penser que la Régie régionale puisse, dans le cadre budgétaire actuel, répondre à ceux-ci. Aussi, la Régie régionale entend faire des représentations auprès du Ministère afin que des ressources spécifiques puissent être dégagées au plan national. Pour ce faire, la Régie régionale souhaite mener des travaux en collaboration avec les représentants des organismes communautaires afin d'identifier les ressources requises pour un financement de base adéquat.

Les services préhospitaliers d'urgence

Compte tenu du cadre légal actuel et des paramètres de financement en vigueur des entreprises ambulancières, la Régie régionale entend continuer à gérer cette enveloppe budgétaire de façon centralisée.

Les autres fonds régionaux

D'autres fonds régionaux, tels le fonds permanent de soutien à l'innovation (7 M$ par année) et le fonds de soutien aux technologies de l'information (10 M$ sur cinq ans), seront gérés de façon centralisée.

4.4.5 Le cap sur l'équité intrarégionale et interrégionale

L'équité intrarégionale est l'une des assises du plan de transformation de 1996 et du plan de consolidation pour 1999-2002. Même si les partenaires ont souvent tendance à assimiler l'équité aux seuls aspects budgétaires, la Régie régionale réaffirme que la quête de l'équité n'a de sens que dans la mesure où elle permet de réduire les écarts dans l'accessibilité à des services de qualité entre les différents territoires. Dans cette perspective, le financement devient un moyen pour atteindre l'équité recherchée.

La Régie régionale entend donc poursuivre dans cette voie et continuer d'améliorer les instruments de mesure aussi bien des besoins des populations que des facteurs qui influencent les coûts de production des services.

Toutefois, compte tenu de la situation budgétaire décrite précédemment, la réduction des écarts en regard de l'équité au cours des trois prochaines années se fera essentiellement par des ressources nouvelles. L'atteinte de l'équité sera donc tributaire de l'importance d'ajouts de ressources dont la région pourra bénéficier au cours des trois années à venir et de la latitude laissée à la Régie régionale par le Ministère pour orienter l'allocation de ces ressources.

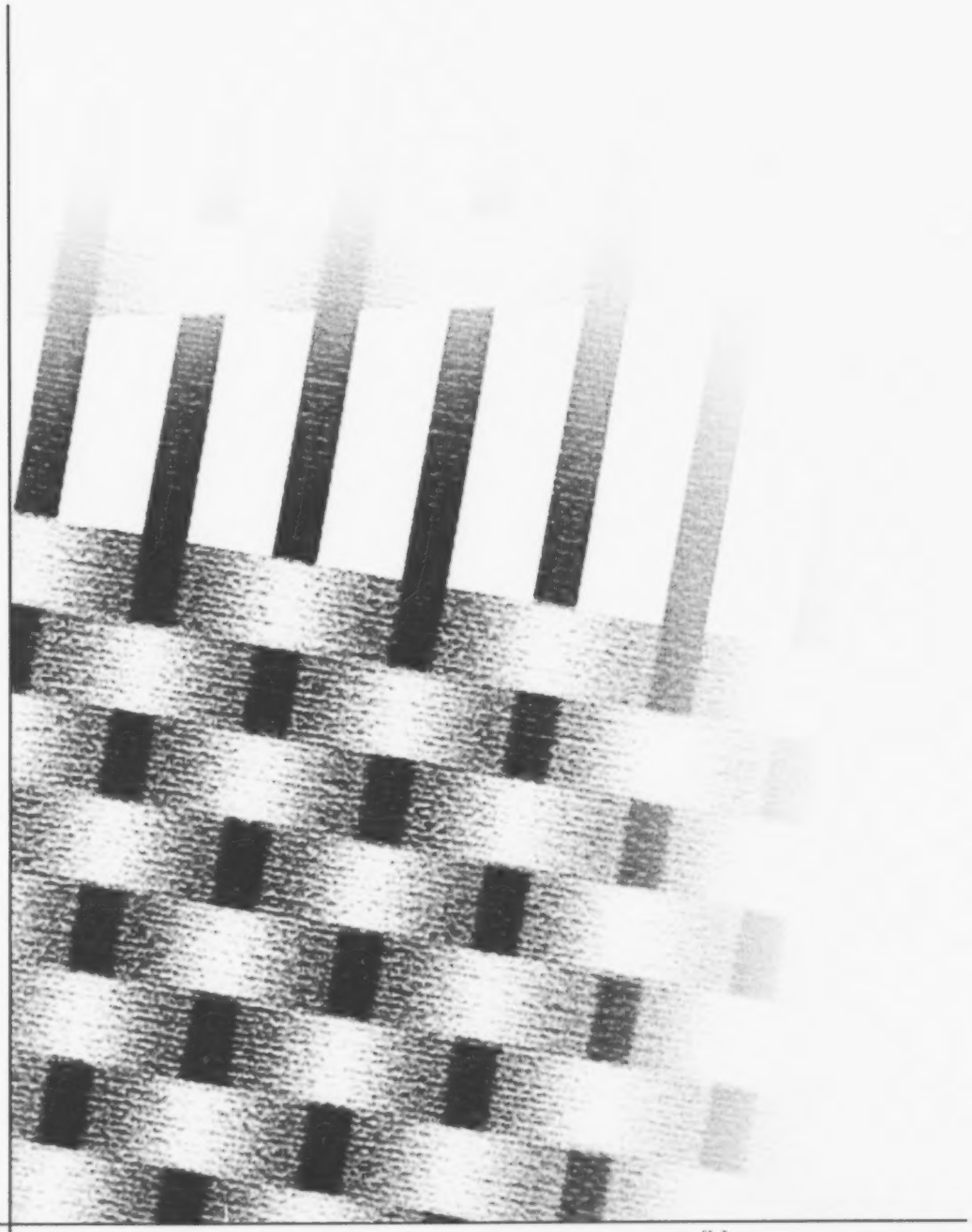
Pour ce qui est de l'équité interrégionale, la Régie régionale entend poursuivre ses démarches, auprès de la ministre, visant à réduire les écarts quant aux ressources allouées à chacune des régions du Québec et à obtenir qu'un financement adéquat soit consenti au réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Par ailleurs, la Régie régionale fera aussi des représentations auprès de la ministre afin que celle-ci dégage, à même l'enveloppe identifiée pour des services nationaux, les sommes nécessaires pour permettre à la région sociosanitaire d'assumer les coûts en lien avec le rapatriement de la clientèle, notamment pour les services en cancérologie et en résonance magnétique.

De plus, la Régie régionale fera preuve de vigilance sur le plan national pour que la population de la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec puisse avoir un accès équitable aux services surspécialisés disponibles dans les régions universitaires.

Partie 5

L'ÉVALUATION, L'AMÉLIORATION DES SERVICES ET L'INFORMATION À LA POPULATION



L'ÉVALUATION, L'AMÉLIORATION DES SERVICES ET L'INFORMATION À LA POPULATION

En Mauricie et au Centre-du-Québec, un des défis pour 1999-2002 est de permettre à la population d'avoir un meilleur accès aux services et d'offrir la garantie d'une plus grande qualité de services. La cinquième partie met en lumière trois moyens pour rencontrer ce défi. Premièrement, le monitorage des résultats et l'évaluation qui visent une prise de décision éclairée en vue de l'amélioration des services. Deuxièmement, une stratégie d'amélioration continue des services et troisièmement, l'élaboration d'un plan de communication régional visant à accroître la connaissance et la compréhension du réseau régional par la population et les intervenants et ce, en vue de faciliter l'accès aux services.

5.1 Le monitorage des résultats et l'évaluation

La sixième orientation du plan de consolidation concerne le suivi systématique et continu de l'état de santé de la population et des principaux résultats escomptés par l'action du réseau. Celle-ci vise principalement une prise de décision éclairée en vue de l'amélioration des services en réponse aux besoins de la population.

Cette orientation fait référence à la surveillance de la santé et du bien-être de la population, à l'identification des besoins de la population, au monitorage rigoureux et continu des principaux résultats atteints et des indicateurs de services et de gestion les plus significatifs, à l'évaluation de la qualité des services et de la satisfaction des usagers et à la conduite de recherches évaluatives spécifiques à certains programmes, services ou problématiques. Aussi, et ce dans la mesure du possible, la conduite de ces activités rendra compte des réalités propres aux femmes et aux hommes.

Déjà, la Régie régionale conduit régulièrement des travaux en vue d'identifier les besoins de la population, de suivre l'évolution de son état de santé et de bien-être, ses déterminants et ses conséquences, particulièrement par le traitement et l'analyse des données sociosanitaires disponibles. Cette fonction régionale de connaissance et de surveillance est exercée en collaboration étroite avec les autres régies régionales, le Ministère et d'autres instances telle Santé Québec. Cette connaissance s'avère importante, car elle contribue à orienter l'action du réseau.

Par contre, pour le monitorage des principaux résultats et indicateurs de gestion et de services, ainsi que pour l'évaluation de diverses facettes reliées à l'action du réseau, de nombreux efforts doivent être consentis par la Régie régionale et le réseau des prestataires de services afin d'ancrer une mentalité d'évaluation et des façons de faire continues, rigoureuses et utiles. C'est donc dire que le monitorage des résultats et l'évaluation constante interpellent, à des niveaux différents, tous les acteurs du domaine de la santé et des services sociaux (établissements du réseau et organismes communautaires).

5.1.1 Le cadre de référence pour le monitorage de l'organisation des services

Il existe une multitude d'objets qu'il demeure possible de suivre en monitorage et en évaluation. Il devient alors essentiel d'identifier les principaux objectifs de résultats afin de concentrer les ressources et les énergies pour y parvenir. Trois objets d'évaluation sont identifiés :

- les 19 objectifs de la *Politique de santé et du bien-être (PSBE);*
- les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002;*
- l'organisation des services (associée, entre autres, aux plans de transformation et de consolidation).

Pour chacun de ces objets d'évaluation, trois niveaux de résultats devraient être suivis :

- **Résultats de production** : suivi de l'actualisation de certaines mesures du plan ou des priorités de santé publique comme les durées moyennes de séjour, le taux de chirurgie d'un jour, l'implantation

de certains programmes ou services, les caractéristiques des clientèles rejointes, le nombre de doses injectées (vaccins), etc.

- **Résultats intermédiaires** : résultats se situant après la production des services et avant la modification de l'état de santé ou de bien-être, comme les stratégies et orientations du plan de transformation (l'accessibilité aux services, la continuité, la coordination, la complémentarité, les gains d'efficience, etc.). Sont inclus aussi l'augmentation des connaissances, la modification d'environnements, l'adoption de comportements de santé, le taux de couverture vaccinale, etc. D'autres dimensions telles que la qualité des services, la satisfaction des usagers et le traitement des plaintes s'ajoutent au monitorage des résultats intermédiaires.

La Régie régionale confirme la nécessité d'accentuer l'évaluation et le monitorage au sein de la Régie elle-même et du réseau sociosanitaire pour les prochaines années.

- **Résultats ultimes reliés à la santé et au bien-être de la population** : sans les associer directement ou exclusivement aux actions réalisées, il s'agit de suivre certaines conséquences reliées à l'organisation des services, comme la mortalité et la morbidité évitables, le fardeau des proches, les réadmissions hospitalières et la consultation en urgence. Il est aussi nécessaire de suivre les variations dans l'état de santé et de bien-être de la population, particulièrement les problèmes sociaux et de santé couverts par les objectifs de la PSBE et les problèmes en émergence.

Avec un monitorage systématique doublé de recherches évaluatives spécifiques, le suivi de ces niveaux de résultats doit permettre de répondre, en tant que réseau sociosanitaire, à quatre questions fondamentales :

- Dans quelle mesure les services prévus et nécessaires à la population sont-ils rendus dans les différents territoires et la région, et est-ce fait avec efficience?
- Dans quelle mesure l'efficacité recherchée par ces services est-elle améliorée, principalement en ce qui a trait à pertinence et à la qualité (ex. : l'accessibilité, la continuité, la complémentarité et la satisfaction des usagers)?
- Dans quelle mesure l'état de santé et de bien-être de la population s'améliore-t-il? Dans quelle mesure les impacts négatifs que peuvent entraîner les changements dans la prestation des services s'atténuent-ils?
- Quels sont les ajustements requis en matière d'orientation, d'organisation ou de distribution des services à la lumière de la réponse aux questions précédentes?

La figure à la page suivante illustre l'agencement des niveaux de résultats présentés précédemment.

La Régie régionale confirme la nécessité d'accentuer l'évaluation et le monitorage au sein de la Régie régionale elle-même et du réseau sociosanitaire pour les prochaines années. Le but poursuivi est de systématiser ce type d'évaluation en vue, d'une part, d'ajuster la gestion du réseau sociosanitaire en fonction des besoins de la population et des résultats obtenus et, d'autre part, en vue d'une reddition de comptes envers le conseil d'administration de la Régie régionale, le ministère de la Santé et des Services sociaux et la population en général.

En effet, il convient de souligner qu'outre la nécessité de suivre les résultats d'un point de vue d'administrateurs, la population manifeste ses préoccupations et ses attentes envers les services offerts par le réseau. De façon générale, la qualité des services demeure une préoccupation de la population régionale. Il en est de même pour les délais d'accessibilité aux services et particulièrement, les délais d'attente en chirurgie. Un système de monitorage complet et adéquat doit donc intégrer ces aspects populationnels reliés à l'organisation des services en vue d'une reddition de comptes à la population.

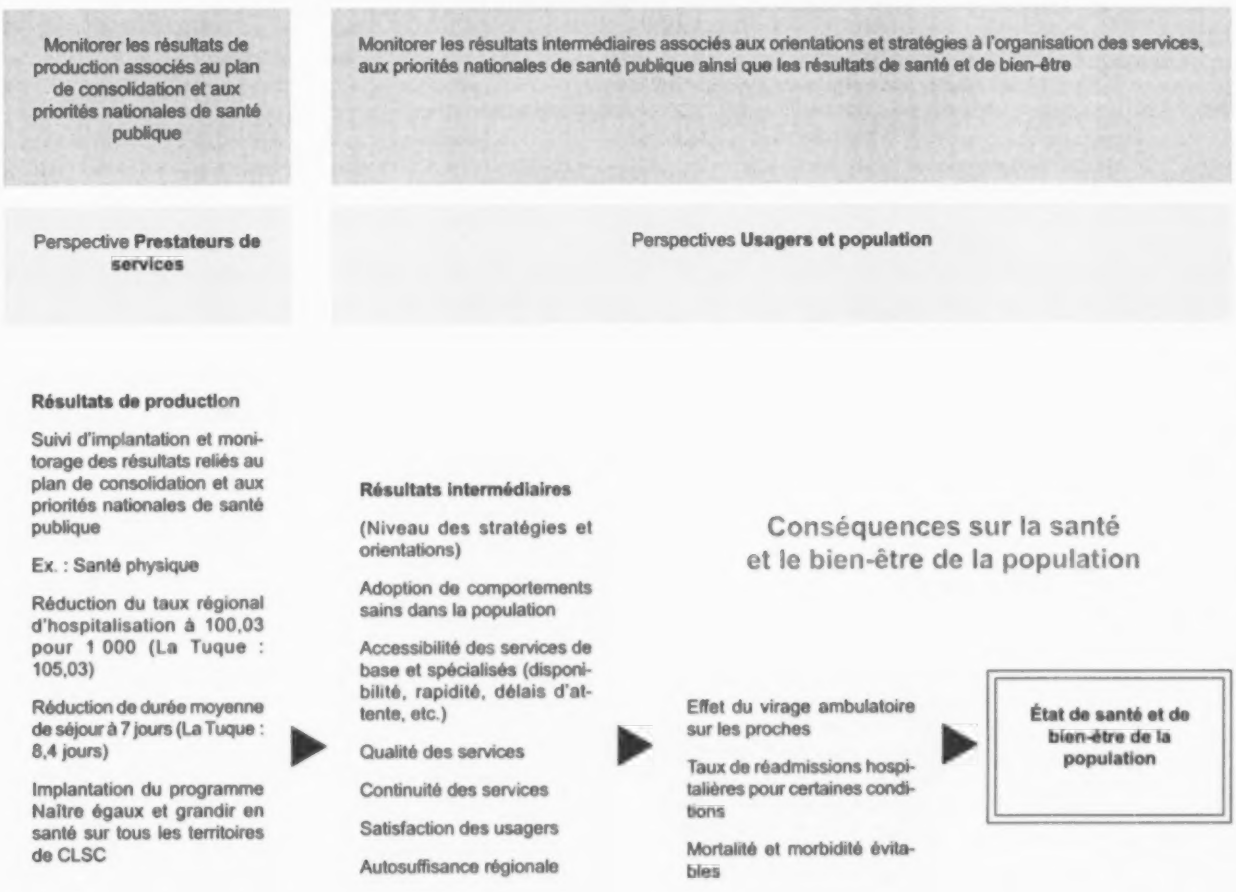
5.1.2 La démarche relative au monitorage des résultats

Il est prévu que la mise en place d'un véritable système de monitorage se fera en deux phases et qu'elle tiendra compte des instruments et systèmes déjà existants. Ce système favorisera une amélioration de la qualité et de l'uniformité de l'information ainsi qu'une plus grande cohérence tant sur le plan de la collecte d'information que de son interprétation.

Tout au long de la démarche, des choix devront être faits relativement aux indicateurs les plus pertinents à retenir puisqu'il est impossible et non souhaitable de multiplier le nombre d'indicateurs en monitorage. Des éléments tels que l'utilité, la validité, la fiabilité, la sensibilité et la spécificité de chaque indicateur devront être considérés, tout comme la disponibilité des sources, la qualité des données sources, l'intelligibilité des indicateurs pour des non-spécialistes, la précision des instruments, l'uniformité des modes de calcul et les coûts

Figure 1 : **Cadre de référence pour le monitorage de l'organisation des services**

(inspiré du cadre de référence pour le suivi de la transformation du réseau de la région de Québec)



abordables de collecte et de traitement des données.

Mesures préconisées

- Compléter, d'ici juin 1999, une première phase consistant en la mise en place au sein de la Régie régionale des systèmes de base de monitorage pour tous les programmes clientèles et les volets ressources financières et ressources humaines.

  Dans un premier temps, la Régie régionale doit identifier ses propres besoins et organiser l'information existante en son sein, en tenant compte des informations déjà facilement disponibles dans le réseau et des attentes de la population. L'approche choisie en phase 1 repose sur le suivi par indicateurs pour lesquels des données sont actuellement disponibles. Les indicateurs seront choisis selon des critères de pertinence, de validité et de disponibilité actuelle de l'information dans la Régie régionale. Ce choix d'approche implique que certains résultats ne pourront être monitorés dans un premier temps. Ils feront l'objet de développements ultérieurs et ce, une fois que les systèmes de base seront complétés pour l'ensemble de la Régie régionale.

- Compléter, d'ici juin 2002, la mise en place de la phase 2 au sein du réseau des systèmes de monitorage jugés nécessaires, suite à une démarche conjointe avec les partenaires.

C'est donc dire que, dans un second temps, le monitorage des résultats deviendra davantage une démarche conjointe de la Régie régionale avec les établissements et, éventuellement, les organismes communautaires. Cela permettra d'intégrer les besoins d'information de la Régie régionale et ceux des partenaires en prenant appui sur les résultats de la phase 1, ainsi que de clarifier les rôles et les responsabilités de chacun.

En concertation avec les partenaires, les indicateurs seront précisés et améliorés, la collecte et le traitement des données seront systématisés, le traitement et la diffusion des résultats seront organisés pour l'ensemble des objets d'évaluation jugés prioritaires. L'implantation d'un monitorage et d'une reddition de comptes convenus conjointement est nécessaire pour améliorer la pertinence et la qualité du monitorage des résultats et conséquemment, pour s'assurer de la meilleure utilisation possible de ces informations sur les choix et les actions. La Régie régionale reconnaît que le système de monitorage à être utilisé pour le suivi des résultats des organismes communautaires est distinct de celui des établissements et que ce processus devra tenir compte de leur mission ainsi que de leur contribution à la gamme de services.

- Dans une phase comme dans l'autre, il y aura pour chacun des trois grands objets identifiés précédemment (PSBE, organisation des services et priorités nationales de santé publique) :
  - Développement et mise en place des tableaux de bord (indicateurs et systèmes d'information) nécessaires au monitorage de ces résultats, en s'assurant de leur fonctionnement et de leur mise à jour systématique.
  - Adaptation des productions, sous forme de rapports, de tableaux de bord ou autres, aux différents besoins d'information et de gestion des niveaux hiérarchiques de la Régie régionale et, dans un second temps, du réseau.
- La responsabilité de la conduite de la démarche régionale est assumée par la Régie régionale en collaboration avec les établissements du réseau et, éventuellement, les organismes communautaires.
- En vue de planifier et de coordonner la réalisation de la phase 2 de la démarche, un comité de pilotage conjoint Régie-établissements sera mis sur pied en 1999. Lorsque la démarche interpellera les organismes communautaires, ils seront également présents au comité de pilotage.
- En tout temps, une coordination étroite devra être maintenue avec les responsables des dossiers de technologies de l'information, particulièrement en ce qui a trait au déploiement de l'Infocentre régional et de différents logiciels de programmes clientèles ou de gestion qui auront cours pendant les prochains mois et les prochaines années.

5.1.3 L'évaluation et l'implantation de mesures de prévention et de promotion de la santé

Par ailleurs, la Régie régionale reconnaît qu'un ensemble d'interventions dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention revêt un caractère novateur. Compte tenu de l'importance de porter un jugement rigoureux, notamment sur les approches visant l'amélioration des conditions de vie et la réduction des écarts de santé et de bien-être, la Régie régionale entend consacrer des ressources financières significatives à l'évaluation de l'implantation et du déploiement des mesures de promotion et de prévention prévues au plan de transformation de 1996 et au plan de consolidation. Ainsi, la Régie régionale verra, au meilleur de ses capacités et en lien étroit avec les partenaires locaux, régionaux et nationaux, à exercer les actions suivantes :

Les mesures préconisées

- Soutenir les territoires dans l'évaluation d'activités de mobilisation intersectorielle orientées vers l'amélioration des conditions de vie afin de continuellement bonifier ces actions locales.
- Porter un jugement sur des actions régionales de mobilisation intersectorielle en vue d'assurer la cohérence et la mise en place de conditions favorables aux actions locales.
- Créer des alliances avec les milieux universitaires, de recherche et de santé publique, tant au régional qu'au national, en vue de maintenir un contexte favorable à la réalisation de recherches orientées vers l'amélioration des actions de promotion et de prévention.
- Contribuer à utiliser de façon efficiente les sommes du fonds de soutien à l'innovation destinées aux projets novateurs en prévention et promotion de la santé.
- Outiller et soutenir les intervenants régionaux et locaux dans le suivi des mesures de pré-

vention et de promotion de la santé du plan de transformation, du plan de consolidation et des priorités nationales de santé publique.

5.1.4 Les autres démarches

La mise en place d'un véritable système de monitorage ne doit pas faire oublier qu'il existe d'autres façons d'évaluer le système sociosanitaire, sa performance et ses résultats.

Ainsi, la Régie régionale entend interpeller les partenaires de chaque territoire et particulièrement, les établissements tant locaux que régionaux afin qu'ils rendent compte ensemble du fonctionnement du réseau de services et des résultats atteints, entre autres, à l'aide des indicateurs qui seront développés ou de données déjà disponibles. Les modalités de cette reddition de comptes conjointe restent à déterminer et pourraient prendre diverses formes, dont la tenue par la Régie régionale d'audiences publiques dans les territoires. La reddition de comptes verra à toucher tous les programmes clientèles.

De même, la mise en place d'une stratégie d'amélioration continue des services, dont il est question ci-après, inclut l'évaluation de la satisfaction de la population et des usagers à l'endroit des services reçus. L'examen des plaintes des usagers reçues par les établissements et par la Régie régionale demeure une source importante d'information à mieux utiliser dans une perspective d'évaluation et d'amélioration des services.

Par ailleurs, il s'avère important de rappeler que des travaux seront conduits en association avec les principaux partenaires concernés, afin que le volet reddition de comptes des organismes communautaires subventionnés soit élaboré en cohérence avec les résultats des travaux régionaux à venir.

Les mesures préconisées

La Régie régionale verra à mener des travaux réguliers, en collaboration avec les partenaires locaux, régionaux et nationaux concernés :

- En vue d'assurer le suivi des effets de la fusion d'établissements eu égard au respect des missions, à l'amélioration de la coordination et de la personnalisation des services, à la simplification des modalités d'accès et aux impacts financiers.
- En vue de procéder à des évaluations de programme, de service ou de problématique spécifique.

Les objets, la fréquence et l'ampleur des démarches évaluatives autres que le monitorage des résultats restent à déterminer en tenant compte, entre autres, des ressources disponibles, des besoins exprimés et de la priorité accordée à la démarche de monitorage.

5.2 L'amélioration continue de la qualité des services

La qualité, c'est l'utilisation des ressources les plus appropriées pour rendre les bons services répondant parfaitement aux besoins et aux attentes du client et ce, au meilleur coût possible. Or tant les besoins auxquels elle répond que les moyens utilisés pour y arriver sont appelés à changer. La qualité d'aujourd'hui n'est donc pas nécessairement une garantie de la qualité de demain. Par conséquent, la qualité ne peut que relever d'une démarche continue d'amélioration.

L'amélioration de la qualité des services de santé et des services sociaux suppose que la qualité soit définie et évaluée à partir de normes cliniques, professionnelles, techniques et administratives. Elle suppose aussi, qu'à ces normes soient intégrées celles faisant état des attentes et des besoins des usagers à l'égard des services qu'ils reçoivent et du respect de leurs droits. Cela inclut la qualité des relations entre le personnel et les usagers et la façon dont l'expertise professionnelle est livrée.

Or, après six ans de mise en place des dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour assurer des services de qualité et la protection des droits des usagers, la Régie régionale observe que leur intégration dans une stratégie cohérente d'amélioration de la qualité fait souvent défaut. La satisfaction des usagers quant aux services reçus et au respect de leurs droits n'a été trop souvent abordée que par l'examen des plaintes formulées par les usagers.

La Régie régionale veut aller plus loin et adopter une approche préventive en mettant en place une stratégie d'amélioration continue de la qualité où l'accent sera d'abord mis sur les attentes et la satisfaction des usagers et de la population.

L'évaluation de la satisfaction des usagers sera donc une dimension qui s'ajoutera au monitorage des résultats liés à la santé et au bien-être de la population ainsi qu'à ceux liés à l'efficacité et à l'efficience des ressources.

5.2.1 Un concept général de service

Plusieurs dimensions caractérisent les services de santé et les services sociaux. Elles peuvent être regroupées sous différents volets. Le volet professionnel (fiabilité, compétence), le volet organisationnel (continuité, rapidité, confort) et le volet relationnel (dignité, intimité, empathie) en sont des exemples.

Une des premières étapes de mise en place d'une stratégie d'amélioration continue axée d'abord sur les attentes et la satisfaction des usagers est de convenir d'un concept général de service. Celui-ci servirait, pour les trois prochaines années, de cadre de référence et d'analyse pour l'ensemble des activités liées à la qualité des services, à la satisfaction des usagers et au respect de leurs droits. Pour ce faire, la Régie régionale devra choisir parmi toutes les dimensions possibles caractérisant les services de santé et les services sociaux, celles auxquelles elle accordera une attention particulière. Les choix seront fortement influencés, d'une part, par les préférences des usagers. Ils seront invités à exprimer leurs attentes par rapport aux services qu'ils reçoivent ainsi que le degré d'importance qu'ils accordent aux éléments prioritaires du concept général de service.

L'approche qualité suppose que la qualité fait partie intégrante des modes de gestion, qu'elle devient une préoccupation constante dans la prise de décision.

D'autre part, la Régie régionale, les établissements du réseau et le ministère de la Santé et des Services sociaux peuvent aussi mettre en priorité des dimensions ou des éléments de services en tenant compte des lois, des valeurs, de leur mission, de leurs objectifs et de leurs ressources.

À cet effet, la Régie régionale, au chapitre des orientations, priorise certaines dimensions telles que l'accessibilité des services en termes de proximité géographique, de continuité, de complémentarité et de rapidité.

5.2.2 Un contrat le plus limpide possible

La mise en place d'une stratégie d'amélioration continue de la qualité des services permettra de :

- Se doter d'un concept général de service précisant clairement, parmi toutes les dimensions possibles de services énoncés par les usagers, celles auxquelles la Régie régionale aura, avec la participation des acteurs du réseau, choisi d'accorder une attention particulière.
- Convenir avec le réseau de la façon de répondre le mieux possible aux attentes et aux besoins des usagers et de la population.
- Inclure, dans l'évaluation des résultats et le monitorage, les attentes et la satisfaction des usagers à l'égard des services ainsi qu'au respect de leurs droits.
- Développer la compétence des ressources humaines en matière d'amélioration continue de la qualité des services, de protection et de respect des droits des usagers.
- Établir avec la population un contrat le plus limpide possible précisant les engagements de la Régie régionale face aux attentes exprimées par les usagers et la population.

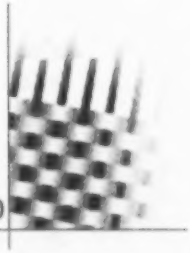
Les mesures préconisées

Les acteurs du réseau seront impliqués dans la démarche dès le départ. En outre, les travaux pour la mise en place d'un programme d'amélioration continue de la qualité des services se dérouleront selon sept étapes.

- Identifier les attentes en vue d'un concept régional de service :

  En s'inspirant de l'expérience de la Régie régionale de Montréal-Centre et des initiatives locales, définir, à l'aide de groupes de discussion (focus groups), le concept régional de services en invitant d'une part, les usagers à exprimer leurs attentes à l'égard des dimensions du concept de service ainsi que le degré d'importance qu'ils y accordent et d'autre part, les acteurs du réseau à commenter les attentes exprimées par les usagers en vue d'une définition du concept régional de service.
- Mesurer de la satisfaction des usagers et de la population :

  L'évaluation de la qualité des services nécessite l'utilisation de différentes sources de renseignements. Bon nombre d'entre elles découlent des normes cliniques, professionnelles, techniques et administratives. Dans la mise en place d'une stratégie d'amélioration continue de la qualité, la Régie régionale veut accorder autant d'importance aux attentes et à la satisfaction des usagers qu'il en est accordé aux normes normalement reconnues. Toutefois, les données relatives à ces sujets ne sont pas toujours disponibles. La Régie régionale entend pallier à cette lacune en développant des mécanismes de collecte d'information auprès des usagers et de la population et des outils d'évaluation de la satisfaction. Cette collecte d'information se fera à l'aide de sondages auprès de



la population, de groupes de discussion par le biais des comités d'usagers et de l'examen systématique des plaintes et du rapport annuel de l'organisme d'assistance et d'accompagnement.

- Partager avec le réseau des résultats relatifs à la satisfaction des usagers et de la population :

  Partager, comprendre et analyser avec les acteurs du réseau les informations recueillies auprès des usagers, de la population et des autres sources en vue de convenir de ce qu'il faut faire pour améliorer les aspects de la qualité des services concernés par ces résultats. De plus, faire connaître les expériences de stratégie d'amélioration continue de la qualité des services déjà expérimentées dans des établissements du réseau à savoir les exigences, les conditions de réussite et les résultats.

- Définir la stratégie régionale d'amélioration continue de la qualité des services :

  En vue d'instaurer un programme d'amélioration continue de la qualité des services appuyé sur le concept général de service défini conjointement avec les usagers et sur l'analyse des résultats de la collecte d'information relative à la satisfaction des usagers. Les expériences vécues dans les établissements ainsi que les différentes initiatives d'évaluation de la qualité sont aussi des éléments essentiels à l'élaboration d'un programme d'amélioration continue de la qualité des services. Ce programme devra refléter les engagements du réseau envers les usagers et la population et la façon dont il répondra le plus possible aux attentes exprimées à l'égard des dimensions jugées prioritaires.

- Expérimenter un programme d'amélioration continue de la qualité des services à l'aide de projets pilotes (clientèles, programmes, unités de soins, etc.) implantés sur une base volontaire dans les territoires et dans les établissements de la région :

- Mobiliser les ressources humaines :

  - Instaurer une stratégie visant à développer les attitudes nécessaires à l'adoption d'une approche préventive à l'égard de la satisfaction des usagers et de la protection de leurs droits.
  - Assurer la formation des décideurs, des gestionnaires et des intervenants relativement à l'amélioration continue de la qualité des services et aux droits et obligations des usagers.
  - Augmenter le niveau de connaissance des services disponibles dans la région et des droits et obligations des usagers à l'égard des services par la mise en place d'une stratégie d'information à l'intention de la population, des usagers et leurs proches, des intervenants et leurs décideurs.

- Procéder à une démarche généralisée d'amélioration continue de la qualité des services. Pour ce faire, il faut :

  - Évaluer la mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité des services dans les sites pilotes.
  - Évaluer et comparer l'évolution de la satisfaction des usagers.
  - Créer les conditions nécessaires pour encourager les établissements à mettre en œuvre ce programme. Par exemple, faire connaître aux décideurs, gestionnaires et intervenants les expériences d'amélioration continue de la qualité des services.

Lignes directrices devant guider la gestion et la prestation de services

(réf. : art. 3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux)

1- La raison d'être des services est la personne.

2- Le respect de l'usager et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes.

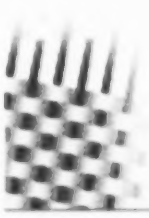
3- Tout usager doit être traité avec courtoisie, équité et compréhension.

   Dans le respect de sa dignité, son autonomie et ses besoins.

4- L'usager doit participer aux soins et aux services le concernant.

5- L'usager doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.

L'intégration de normes reflétant les attentes des usagers au processus d'évaluation de la qualité des services au même titre que les normes cliniques, professionnelles, techniques et administratives déjà reconnues donnera l'assurance que les services évolueront en interaction avec les usagers et la population.



L'approche qualité n'équivaut pas à une tâche supplémentaire, mais constitue en soi une nouvelle façon de gérer. L'approche qualité suppose que la qualité fait partie intégrante des modes de gestion, qu'elle devient une préoccupation constante dans la prise de décision. L'amélioration continue de la qualité demande engagement, énergie et temps.

Les droits des usagers

(réf. : art. 4 à 16 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux)

Tout usager a droit :

1- À l'information sur les services qui existent, sur l'endroit où il peut les obtenir et sur la façon d'y avoir accès;

2- À l'information sur son état de santé et de bien-être, sur les solutions possibles ainsi que sur les risques et les conséquences généralement associés à ces solutions;

3- À des services adéquats sur les plans humain, scientifique et social;

4- De choisir le professionnel ou l'établissement qui lui dispensera ces services;

5- De donner et de refuser son consentement à des soins;

6- De recevoir des soins en cas d'urgence;

7- De participer aux décisions qui concernent son état de santé et de bien-être;

8- À des services en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise, selon le programme d'accès à ces services élaboré dans chaque région;

9- D'être assisté et accompagné d'une personne de son choix lorsque qu'il désire obtenir un service ou des informations;

10- D'exercer un recours lorsqu'une faute a été commise à son endroit;

11- D'accès à son dossier.

5.3 L'information à la population

La transformation du réseau en Mauricie et au Centre-du-Québec a introduit d'importants changements, tant dans les structures des établissements que dans le portrait des services de santé et des services sociaux. En l'espace de quelques années seulement, le visage du réseau régional s'est profondément transformé, passant de 65 à 27 établissements. Avec les fusions et les intégrations qui ont eu cours, plusieurs établissements ont changé de raison sociale. Outre le portrait des services, les lieux mêmes de distribution ont également été modifiés.

Cette grande transformation a eu des répercussions chez la population en général, la clientèle et le personnel du réseau. Ces changements ont mis les citoyens à rude épreuve dans leur compréhension du système et leur capacité de s'orienter adéquatement à travers celui-ci. D'une part, la population n'a plus la vision globale des services. D'autre part, malgré l'information transmise, elle croit que le bien-fondé de la transformation est associé uniquement aux coupures budgétaires. Enfin, les gens s'estiment insuffisamment informés, notamment sur les services des CSLC. Selon les sondages, le service Info-santé demeure méconnu des trois-quarts de la population. Or la vitesse du changement opéré, l'ampleur de la transformation et la complexité du réseau posent un défi à l'information, lequel défi est étroitement associé à l'accessibilité et à la qualité des services.

D'un autre côté, le bilan de la transformation, effectué en 1998, a mis en lumière la carence d'information chez le personnel de la région par rapport à la connaissance du nouveau réseau régional. Cette carence est d'autant plus présente chez le personnel dont l'organisation a vécu une intégration ou une fusion d'établissements. Plusieurs personnes ont évoqué cette difficulté à se retrouver dans ce nouveau réseau régional et au sein même de leur propre organisation. Si la plupart exerce un emploi spécialisé, chacun a besoin d'une vision générale et complète de l'environnement qui l'entoure pour exercer son métier, sa profession, son engagement.

Or, s'il y a un autre défi qui s'impose, c'est bien celui de reconnaître à juste titre la plus grande richesse de ce réseau régional : son capital humain avec ses 14 000 personnes bénévoles, administrateurs, gestionnaires et salariés. Ce sont là 14 000 piliers de l'accessibilité et de la qualité des services dont la force d'action repose particulièrement sur l'accès à une information fiable et continue. Ce sont là 14 000 informateurs potentiels, des hommes et des femmes, citoyens eux-mêmes qui doivent posséder l'information pertinente sur ce réseau pour maintenir et renforcer les liens de confiance qu'ils tissent chaque jour

avec la clientèle. La reconnaissance passe, entre autres, par ce défi de bien les informer. Avant d'introduire les mesures préconisées, il convient de souligner que les orientations ministérielles intitulées *Les services à la population 1998-1999 à 2000-2001* précisent bien le sens de l'information à donner à la population.

Les mesures préconisées

En ce qui a trait à l'information à la population, la Régie régionale entend :

- Former une table régionale sur les communications dont le mandat est de développer et de coordonner un plan de communication qui s'articulera sur deux paliers : le régional et le local. La réalisation de ce plan s'échelonnera sur la période de 1999-2002 et mettra à contribution la Régie régionale, les établissements et les organismes communautaires.
- Coordonner les travaux d'élaboration du plan de communication et de sa mise en œuvre.
- Fournir une expertise conseil à la table régionale des communications.
- Privilégier l'action par territoire de CLSC, respecter et faire refléter les particularités locales.
- S'assurer de l'intégration et de la cohérence des messages, des outils de communication et des moyens d'intervention.
- Soutenir et faciliter les processus de mise en commun des outils et des moyens.
- Assurer des activités de communication au plan régional auprès de la population en général.
- S'assurer que chaque territoire, sous la responsabilité du CLSC, collabore à la mise en oeuvre du plan régional, en l'adaptant aux réalités locales par le biais d'un plan de communication territorial.
- S'assurer que chaque CLSC informe la population du territoire sur les endroits où les services sont disponibles et dirige les personnes vers les bonnes ressources, lorsqu'il n'offre pas lui-même les services requis.
- S'assurer que les autres établissements et organismes apportent leur soutien aux CLSC et contribuent à la circulation fluide de l'information au sein du réseau et auprès de la population en général.

Les trois volets du plan de communication régional

La Régie régionale propose d'élaborer, en étroite association avec les établissements du réseau, un plan de communication pour accroître la connaissance et la compréhension du réseau régional auprès de la population en général et des personnes[1] qui contribuent à ce réseau. La pertinence, l'honnêteté, la cohérence, la régularité de l'information de même que le langage simple et précis seront gages de succès pour une utilisation judicieuse des services. Ce plan de communication comportera trois volets qui s'élaboreront sur le thème de la consolidation du réseau, soit *Pour un réseau tissé serré* :

- Le premier volet porte sur les services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux et sur la contribution des organismes communautaires. Il devra mettre à contribution particulièrement les CLSC dans sa planification et sa mise en oeuvre pour favoriser l'accessibilité aux services et leur utilisation judicieuse sur une base locale. Il devra également refléter les particularités locales et respecter les dynamiques territoriales. Ce volet associera également les centres hospitaliers, les CHSLD, les établissements régionaux ainsi que les organismes communautaires à la planification afin de permettre une vue d'ensemble des services.

  Ce premier volet devra traiter des services médicaux, mais également des services sociaux disponibles aux clientèles prioritaires telles que les familles et les jeunes, les personnes âgées, les personnes présentant des problèmes de santé mentale, d'alcoolisme et toxicomanie et les personnes handicapées. Aussi, ce volet devra prévoir des stratégies d'information auprès de tout le personnel du réseau afin de l'outiller dans son rôle potentiel d'informateur clé auprès de la population. À ce titre, tous les établissements devront s'impliquer dans la mise en œuvre de ces stratégies afin de pouvoir compter sur une circulation fluide de l'information. Enfin, le volet 1 constitue un préalable aux autres volets du plan de communication.

La Régie régionale propose d'élaborer, en étroite association avec les établissements du réseau, un plan de communication pour accroître la connaissance et la compréhension du réseau régional auprès de la population.

- Le deuxième volet portera sur les services en termes d'accessibilité et de qualité. Il visera à donner l'heure juste à la population sur ces deux points en se basant sur les engagements du réseau d'établissements, sur les indicateurs liés aux résultats atteints et sur la satisfaction

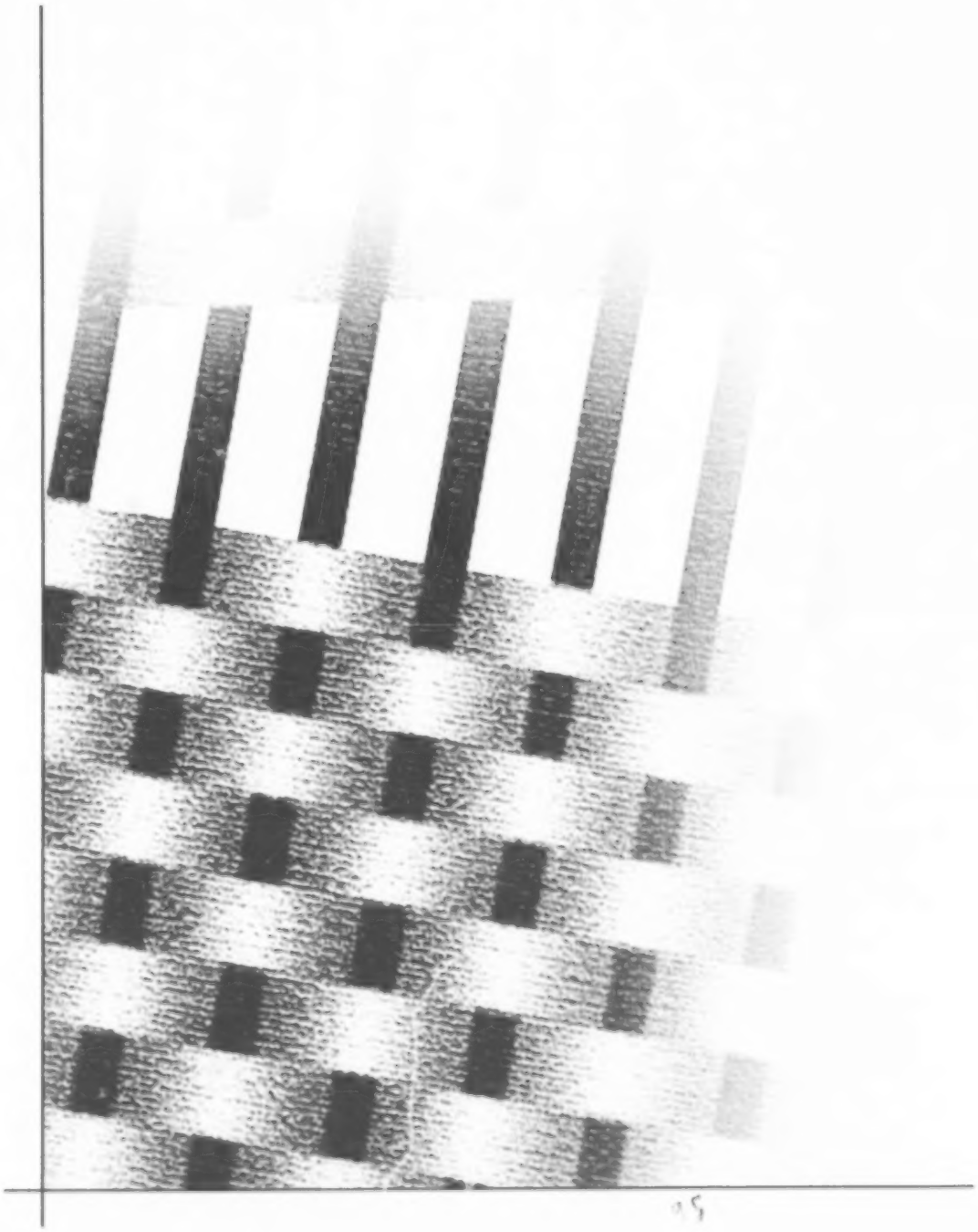
1 Dans le texte les personnes qui contribuent au réseau signifient autant les bénévoles au sein des fondations que les administrateurs du réseau, les gestionnaires et les salariés.

des usagers. Il devra, en outre, reconnaître la contribution du personnel et des organismes communautaires, promouvoir des nouveaux services, des projets novateurs, des pratiques qui améliorent l'offre de services à la population. Ce volet devra mettre à contribution l'ensemble des établissements dans sa planification et sa mise en œuvre. Le volet 2 est toutefois dépendant de la vitesse de consolidation des services, des changements de pratique, de la prise d'engagements du réseau et de la mise en place d'indicateurs de mesure de résultats.

- Le troisième volet portera sur la participation de la population aux instances décisionnelles et participatives du réseau et sur les droits et obligations des usagers. Il s'agira, d'une part, de susciter l'intérêt de la population à participer aux conseils d'administration des établissements, aux comités d'usagers, etc. D'autre part, ce volet devra informer le personnel sur les droits des usagers. Pour ce faire, il devra mettre à contribution l'ensemble des établissements dans sa planification et sa mise en œuvre et assurer la concordance avec les services de traitement des plaintes et le programme de l'amélioration continue de la qualité des services du réseau.

Partie 6

LA MISE EN OEUVRE DU PLAN DE CONSOLIDATION 1999-2002



LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE CONSOLIDATION 1999-2002

Suite à sa lecture, il convient de dire que le *Plan de consolidation 1999-2002* s'avère une planification triennale d'envergure comparable à celle qui l'a précédée en 1996. À certains égards même, celle-ci l'est davantage.

D'une part, le plan de consolidation interpelle un nombre beaucoup plus grand d'acteurs. Les orientations et stratégies relatives à la lutte à la pauvreté et à la mobilisation intersectorielle invitent largement les acteurs du monde municipal, de l'éducation, de la justice, de la sécurité publique, de l'emploi et du développement économique et social à s'associer aux établissements, organismes et professionnels du réseau et à la Régie régionale autour de cibles communes.

D'autre part, le plan de consolidation met davantage en lumière les préoccupations rattachées aux ressources humaines, aux ressources informationnelles, à l'information à la population, au monitorage et à l'évaluation des services, à l'amélioration continue de la qualité des services. Voilà autant de champs d'intervention à développer ou à consolider, qui étaient peu ou pas présents dans le plan de 1996.

Par ailleurs, les changements organisationnels des dernières années vont peu à peu céder le pas à deux autres mouvements de fond portés par le plan de consolidation, à savoir : le renforcement des dynamiques de collaboration et de responsabilisation territoriale et régionale; puis, l'accentuation des changements de pratique, dans le sens d'une plus grande interdisciplinarité, d'un maillage interorganisme plus fort et d'une importance accrue accordée aux changements de pratique professionnelle et à la prévention.

Bref, par l'ampleur et la portée de ses orientations et stratégies, le *Plan de consolidation 1999-2002* s'avère un projet ambitieux. Cela pose donc un réel défi quant à sa mise en œuvre, d'autant plus que d'autres facteurs doivent aussi être pris en considération. Ces facteurs sont :

- la volonté politique des acteurs concernés par la mise en œuvre du plan de consolidation;
- la capacité des organisations et des individus à soutenir les changements;
- la présence ou non de ressources additionnelles;
- l'environnement fluctuant.

Chacun de ces facteurs sera repris ci-après pour bien identifier leurs impacts respectifs sur la mise en œuvre du *Plan de consolidation 1999-2002*.

La volonté politique des acteurs concernés par la mise en œuvre du *Plan de consolidation 1999-2002*

Lors de la consultation, plusieurs interlocuteurs ont soulevé l'importance de la volonté politique des établissements et des organismes comme condition de succès à la mise en œuvre du plan de consolidation et de la dynamique de collaboration qu'il propose.

En procédant à son adoption , le conseil d'administration de la Régie régionale indique explicitement sa volonté d'actualiser le *Plan de consolidation 1999-2002*, en fonction des moyens dont la région et la Régie disposent.

Suite à cette adoption, le plan doit passer à l'étape de l'autorisation ministérielle. Cette étape s'avère cruciale du fait qu'elle va refléter les préoccupations et orientations de la ministre à l'égard du plan de la région. D'ailleurs, une fois autorisé, le plan de consolidation deviendra la base à une entente de gestion à intervenir entre le Ministère et la Régie régionale sur les résultats à atteindre au cours des trois prochaines années. L'obtention du support ministériel, dont les crédits de développement prévus pour 1999-2000, demeure aussi conditionnelle à cette autorisation du plan et à la signature de l'entente de gestion. Cette dernière est prévue pour mai 1999.

Au cours de la période 1999 à 2002, tous les établissements seront aussi appelés à signer une entente de gestion tripartite, avec la Régie régionale et le Ministère. Dans un premier temps, de telles ententes

seront convenues avec les établissements en difficulté financière.

Quant aux autres acteurs, il revient à chacun de statuer sur son engagement à l'égard des orientations et stratégies du plan, telles qu'elles apparaissent dans le présent document. Surtout, il revient à chaque établissement, organisme et territoire de prendre la responsabilité de se joindre aux autres pour relever les défis que le plan de consolidation met de l'avant et cela, dans le respect des capacités de chacun.

La capacité des organisations et des individus à soutenir les changements

Suite aux dernières années qui ont été éprouvantes, le message ressort clairement en faveur d'un ajustement du rythme de transformation et de consolidation qui ne peut plus être aussi pressant qu'auparavant.

La Régie régionale entend assurer le leadership de la mise en œuvre du *Plan de consolidation 1999-2002*, en visant un rythme et une ampleur ajustés au contexte et aux capacités des organisations et pour la Régie régionale elle-même.

La présence ou non de ressources additionnelles

Plusieurs mesures contenues dans le plan de consolidation ne pourront se déployer totalement sans l'ajout de ressources additionnelles en provenance du réseau, des partenaires d'autres secteurs, de la Régie régionale ou du Ministère. Par contre, ce n'est pas tout le plan de consolidation qui dépend ainsi d'investissements supplémentaires pour se réaliser. Ainsi, la plupart des mesures et des processus peuvent s'actualiser sans autres investissements.

Le plan de mise en œuvre devra établir la distinction entre ce qui requiert des ressources financières additionnelles et ce qui n'en requiert pas.

La mise en œuvre du plan, le choix des priorités d'action et la détermination des échéances dépendent non seulement des facteurs précédents, mais d'autres regroupés sous le vocable « d'environnement fluctuant ». Il est fait référence ici à l'évolution même des dossiers qui peut être différente de ce qui était initialement prévu, à des circonstances imprévisibles survenues en cours de route, aux disponibilités financières variables provenant des diverses sources ou à l'apparition de nouvelles priorités provenant d'instances supérieures.

Le plan de mise en œuvre du *Plan de consolidation 1999-2002*

À la lumière de ce qui précède, la Régie régionale n'entend pas établir un plan de mise en œuvre d'une durée de trois ans. Elle privilégie plutôt une approche de mise en œuvre souple par laquelle les choix des priorités d'action et de financement seront effectués annuellement, en tenant compte des facteurs qui viennent d'être énumérés et en consultation avec les partenaires.

La Régie régionale vise à indiquer ses choix prioritaires au mois d'avril de chaque année, de telle sorte que les décisions budgétaires conséquentes puissent être prises au plus tard en juin, en fonction du contexte financier qui prévaudra alors. L'année 1999-2000 fera exception puisque les priorités d'action devront être établies en mai 1999 afin d'être intégrées dans l'entente de gestion à intervenir avec le Ministère. Quant à elles, les décisions budgétaires sont prévues pour juin 1999.

Références bibliographiques

Collège des médecins du Québec (1998). *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*, Montréal, Collège des médecins du Québec - Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000, 277 p.

Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux (1998). *Bruit et surdité professionnelle - Document de réflexion sur les orientations provinciales du réseau de la santé et des services sociaux*, Conseil des directeurs de la santé publique, 31 p.

Conseil québécois d'agrément des établissements de santé et de services sociaux (1997). *Le système d'agrément*, Montréal, Conseil québécois d'agrément des établissements de santé et de services sociaux, 46 p.

Groupe d'analyse de l'impact du virage ambulatoire (1997). *Rapport du groupe d'analyse de l'impact du virage ambulatoire sur les services en CLSC*, Trois-Rivières, Groupe d'analyse de l'impact du virage ambulatoire, 42 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Agissons en complices : pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes*, Québec, MSSS, 76 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Notre force, des personnes compétentes et dévouées*, Québec, MSSS, 12 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, MSSS, 46 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Services à la population 1998-1999 à 2000-2001*, Québec, MSSS, 12 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide, s'entraider pour la vie*, Québec, MSSS, 194 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Orientations pour la transformation des services de santé mentale - Document de consultation*, Québec, MSSS, 51 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, MSSS, 103 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1995). *Guide de prévention des chutes en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, Québec, MSSS, 120 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1995). *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : prévenir, dépister et contrer la violence conjugale*, Québec, MSSS, 77 p.

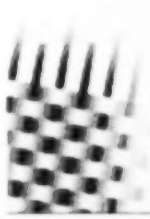
Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). *Politique de la santé et du bien-être*, Québec, MSSS, 192 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, MSSS.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (1999). *Projet sur les orientations régionales en santé mentale*, Document de consultation, Trois-Rivières, Régie régionale, 105 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (1998). *Rapport d'étape de l'actualisation du plan de transformation du réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, Trois-Rivières, Régie régionale, pag. mult.

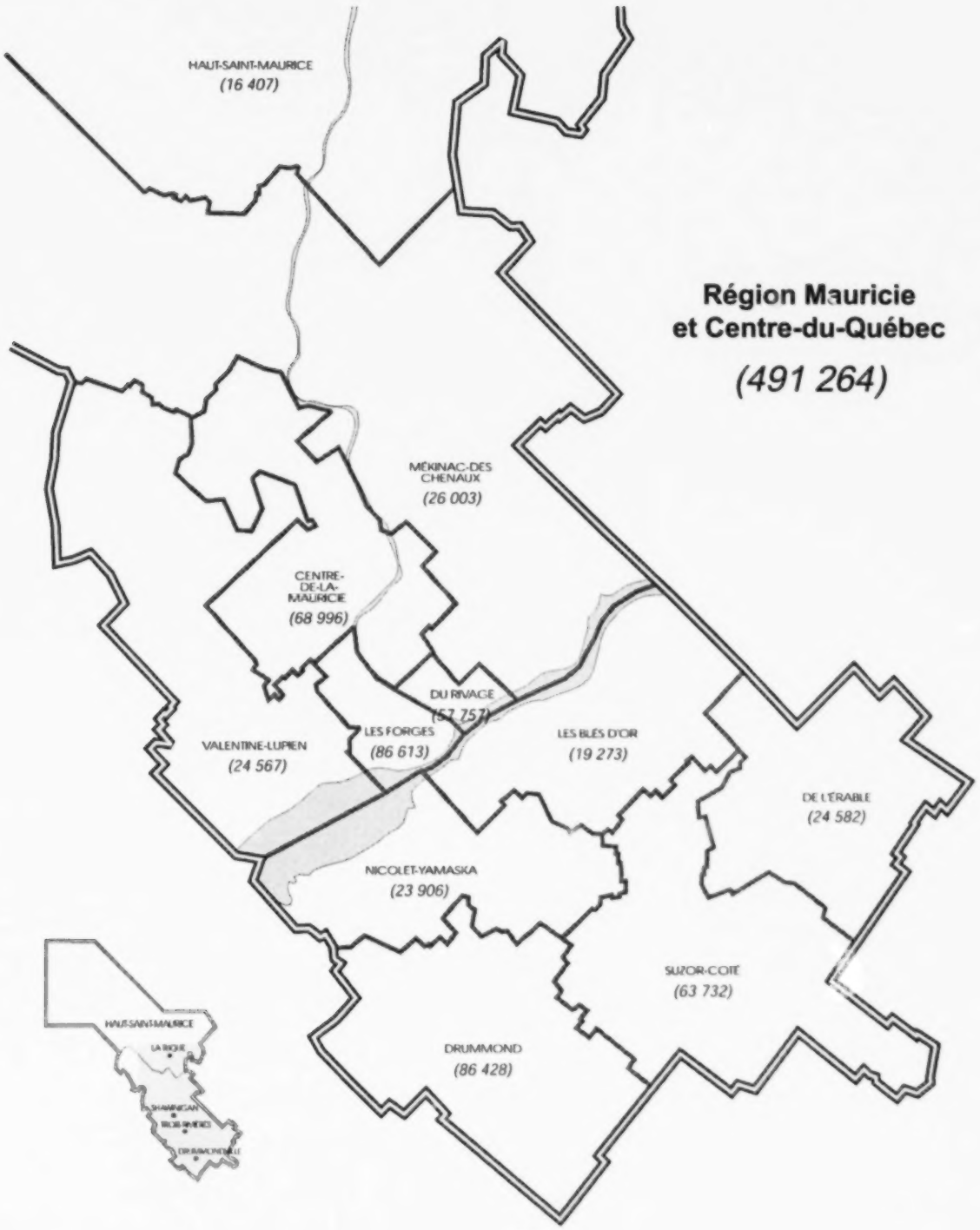
Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie–Bois-Francs (1997). *Transformation de l'organisation*, Trois-Rivières, Régie régionale, 47 p.



Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie–Bois-Francs (1997). *Transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie–Bois-Francs*, Décisions 1996, Trois-Rivières, Régie régionale, 102 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre (1994). *La qualité des services et la satisfaction des usagers*, Montréal, La Régie régionale, 25 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie–Bois-Francs (1994). *Politique de la santé et du bien-être - Stratégies d'action prioritaires 1995-2001*, Trois-Rivières, Régie régionale, 56 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie–Bois-Francs (1991). *Plan régional d'organisation des services de santé mentale*, documents 1, 2, 3 et 4, Trois-Rivières, Régie régionale.

Annexe : **Carte de la région Mauricie et Centre-du-Québec, par territoire de CLSC (population de 1998)**
(projections définitives, BSQ)